

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DES INTERACTIONS ENTRE LA RELATION PARENT-JEUNE ET LES
CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES INTÉRIORISÉS DES
JEUNES ADOLESCENTS: ANALYSES SECONDAIRES DE L'ENQUÊTE
QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES (EQSMJ)

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANDREA MARTIN

MAI 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Il y a plusieurs personnes que j'aimerais remercier pour leur soutien et leur encouragement pendant la réalisation de mes études doctorales. Premièrement, j'aimerais remercier mes directeurs de recherche, Nicole Smolla, Ph.D. et Michel Tousignant, Ph.D. J'ai eu la chance d'avoir été dirigée par Nicole Smolla et j'ai beaucoup apprécié son énergie, sa grande disponibilité et ses précieux conseils. J'aimerais également remercier mon codirecteur, Michel Tousignant pour cette opportunité et pour ses judicieux conseils tout au long de mes études doctorales.

Deuxièmement, je tiens à remercier plusieurs membres de l'équipe du service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler avec les données provenant de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, 1992) et je tiens à remercier Nicole Smolla et Lise Bergeron Ph.D, chercheuse, de m'avoir donné cette chance. J'aimerais également remercier Lise Bergeron. Sa présence lors des séminaires a permis de beaux échanges au sujet de l'EQSMJ, et surtout de mes données de recherches. Je tiens également à remercier monsieur Claude Berthiaume, M.Sc., statisticien au service de recherche, pour son aide et soutien statistique. Merci à Geneviève Piché et à Catherine Barbe, étudiantes doctorales en psychologie au service de recherche à HRDP, pour leur présence et leur encouragement. Merci à Geneviève d'avoir accepté de relire ma thèse et pour ses commentaires constructifs.

Finalement, j'aimerais remercier ma famille et mes amis pour leur soutien pendant mes études doctorales. Merci à mon mari, Jean-Sébastien, pour son soutien inconditionnel tout au long de cette démarche. Je partage cette réussite avec lui.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	VII
RÉSUMÉ	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	6
CADRE CONCEPTUEL ET EMPIRIQUE	6
1.1 LA PÉRIODE DÉVELOPPEMENTALE DE L' ADOLESCENCE	7
1.2 AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE	8
1.2.1 Critères de définition des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes	8
1.2.2 Prévalences et morbidité des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes	11
1.3 MODÈLES ÉTIOLOGIQUES DES TROUBLES MENTAUX INTÉRIORISÉS CHEZ LES JEUNES	12
1.3.1 Le paradigme écologique de Bronfenbrenner	12
1.3.2 L'approche transactionnelle de Sameroff et Chandler	13
1.3.3 Le modèle cognitif interpersonnel de la dépression de Hammen	14
1.3.4 Conclusion sur les modèles étiologiques	15
1.4 L'EFFET MODIFICATEUR (EFFET DE MODÉRATION)	17
1.5 L'EFFET DE MÉDIATION	18
1.5.1 L'effet modificateur (effet de modération) dans la présente étude	18
1.6 VARIABLES ASSOCIÉES AUX TROUBLES MENTAUX INTÉRIORISÉS CHEZ LES JEUNES : DONNÉES EMPIRIQUES	19
1.6.1 Caractéristiques individuelles	21
1.6.2 Caractéristiques familiales	23
1.6.3 Caractéristiques socio-démographiques	43
1.6.4 Conclusions sur la revue des données empiriques	45
1.7 OBJECTIF GÉNÉRAL ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	47
CHAPITRE II	49
MÉTHODOLOGIE	49
2.1 PARTICIPANTS	49
2.2 MÉTHODE DE CUEILLETTE DE DONNÉES ET PROCÉDURES	50
2.3 VARIABLES ET INSTRUMENTS	50
2.3.1 Variable dépendante : Troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents	50

2.3.2 Variables indépendantes : Variables associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents	57
2.4 MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE.....	66
2.4.1 Devis de recherche	66
2.4.2 Méthodes statistiques	66
CHAPITRE III.....	70
RÉSULTATS.....	70
3.1 DISTRIBUTION DES VARIABLES	70
3.2 ANALYSES PRÉLIMINAIRES	71
3.3 MODÈLES MULTIVARIÉS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE	72
3.3.1 Modèle 1 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon l'adolescent lui-même (14,2 %)	73
3.3.2 Modèle 2 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon le parent (13,7%)	75
CHAPITRE IV.....	78
DISCUSSION	78
4.1 MODÈLE 1 : PRÉSENCE D'AU MOINS UN TROUBLE MENTAL INTÉRIORISÉ (DSM-III-R) CHEZ L'ADOLESCENT, SELON L'ADOLESCENT LUI-MÊME (PRÉVALENCE : 14,2 %)	79
4.1.1 Effets d'interaction.....	79
4.1.2 Hypothèses spécifiques	84
4.1.3 Effets principaux.....	86
4.2 MODÈLE 2 : PRÉSENCE D'AU MOINS UN TROUBLE MENTAL INTÉRIORISÉ (DSM-III-R) CHEZ L'ADOLESCENT, SELON LE PARENT (PRÉVALENCE : 13,7%)	88
4.2.1 Effets d'interaction.....	88
4.2.2 Hypothèses spécifiques	96
4.2.3 Effets principaux.....	98
4.3 CONTRIBUTIONS, FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	101
4.3.1 Contributions	101
4.3.2 Forces de l'étude	104
4.3.3 Limites de l'étude	105
4.4 RECHERCHES FUTURES	110
4.5 IMPLICATIONS CLINIQUES	110
CONCLUSIONS.....	112
RÉFÉRENCES.....	128

ANNEXES.....	141
--------------	-----

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1	FORCE D'ASSOCIATION DES VARIABLES ASSOCIÉES AUX TROUBLES MENTAUX INTÉRIORISÉS IDENTIFIÉES PAR BERGERON ET COLL. (2000) DANS LE CADRE DE L'EQSMJ, SELON L'INFORMATEUR (JEUNE/PARENT) SUR LES TROUBLES	114
TABLEAU 3.1	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON (N=825)	115
TABLEAU 3.2	PRÉVALENCES DES TROUBLES INTÉRIORISÉS SELON L'INFORMATEUR ET LE SEXE DU JEUNE (N=825)	118
TABLEAU 3.3	INTERACTIONS SIGNIFICATIVES À $P \leq .10$ IMPLIQUANT LA RELATION PARENT-ENFANT ET CHAQUE VARIABLE PRÉDICTIVE, IDENTIFIÉES GRÂCE À LA CONSTRUCTION DE 180 MODÈLES BIVARIÉS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE. VARIABLE DÉPENDANTE : TROUBLE MENTAL INTÉRIORISÉ SELON L'ADOLESCENT (N=825)	119
TABLEAU 3.4	INTERACTIONS SIGNIFICATIVES À $P \leq .10$ IMPLIQUANT LA RELATION PARENT-ENFANT ET CHAQUE VARIABLE PRÉDICTIVE, IDENTIFIÉES GRÂCE À LA CONSTRUCTION DE 180 MODÈLES BIVARIÉS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE. VARIABLE DÉPENDANTE : TROUBLE MENTAL INTÉRIORISÉ SELON LE PARENT (N=825)	121
TABLEAU 3.5	MODÈLE 1 DE RÉGRESSION LOGISTIQUE POUR LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN TROUBLE INTÉRIORISÉ CHEZ LES ADOLESCENTS DE 12 À 14 ANS, SELON L'ADOLESCENT (N=825)	123
TABLEAU 3.6	MODÈLE 2 DE RÉGRESSION LOGISTIQUE POUR LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN TROUBLE INTÉRIORISÉ CHEZ LES ADOLESCENTS DE 12 À 14 ANS, SELON LE PARENT (N=825)	125

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

APA	Association Américaine de Psychiatrie
B-CAMHS	British Child and Adolescent Mental Health Study
CBCL	Child Behavior Checklist
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DISC-2.25	Diagnostic Interview Schedule for Children (Second version)
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DISSA	Diagnostic Interview Schedule Self-Administered
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale canadienne sur les jeunes et les enfants
EQSMJ	Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes
GSMS	Great Smoky Mountains Study
MECA	Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders
MUSP	Mater-University of Queensland Study
NIMH	National Institute of Mental Health
NYLS	New York Longitudinal Study
OHSUP	Ontario Health Survey Supplement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PBQ	Parent Behavior Questionnaire
QCAP	Questionnaire sur les comportements et attitudes des parents
SURF	Service Utilization and Risk Factor Interview
VABS	Vineland Adaptive Behaviour Scales

RÉSUMÉ

L'objectif général de l'étude est d'examiner, à titre exploratoire, les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques du jeune (âge, sexe, position dans la fratrie, compétence sociale, psychopathologie parentale, structure familiale, soutien social, revenu, etc.) dans leur pouvoir de prédiction des troubles intérieurs des jeunes adolescents. À notre connaissance, très peu d'études ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-adolescent et d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intérieurs à l'adolescence, et ce, à partir d'un échantillon populationnel représentatif. L'échantillon de la présente étude est un sous-échantillon de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, 1992, n=2400) et comporte 825 jeunes de 12 à 14 ans. Les troubles mentaux intérieurs considérés ici regroupent : (1) la phobie simple + difficulté d'adaptation, (2) l'angoisse de séparation (3) l'hyperanxiété / l'anxiété généralisée, (5) la dépression majeure / dysthymie. La définition des troubles mentaux s'appuie sur la classification proposée dans la troisième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 1987). Pour déterminer s'il y a présence ou non d'un trouble mental, on s'appuie sur les réponses fournies par deux informateurs indépendants : le parent et le jeune adolescent lui-même. Les catégories de caractéristiques (variables associées) incluses sont : individuelles, familiales et sociodémographiques. Deux modèles de régression logistiques sont construits. La variable dépendante est la présence d'au moins un trouble mental intérieurisé (Modèle 1: selon l'informateur adolescent; Modèle 2: selon l'informateur parent). Les variables indépendantes sont des caractéristiques individuelles, familiales, et sociodémographiques, ainsi que les interactions de ces variables avec la relation parent-adolescent. Les résultats du Modèle 1 (au moins un trouble mental intérieurisé selon le jeune) révèlent des effets d'interaction entre des composantes de la relation parent-enfant et les variables suivantes: la structure familiale, la position dans la fratrie et le revenu familial. Le Modèle 1 démontre également des effets principaux pour le sexe, la scolarité de la mère et les comportements punitifs du père. Les résultats du Modèle 2 (présence d'au moins un trouble mental intérieurisé selon l'informateur parent) appuient l'hypothèse que la relation parent-enfant interagit avec les variables suivantes: l'âge, le sexe, la compétence sociale du jeune adolescent et, finalement, la scolarité de la mère dans la prédiction des troubles mentaux intérieurs. Le modèle 2 démontre également des effets principaux pour la position dans la fratrie, la psychopathologie parentale et les comportements punitifs du père. Les résultats indiquent que les comportements punitifs du père sont directement associés (effet principal) à la présence d'un trouble intérieurisé chez le jeune adolescent, tant dans le Modèle 1 que le Modèle 2. Les autres composantes de la relation parent-enfant qui ont été évaluées interagissent avec les variables associées aux troubles intérieurs. Par exemple, les filles sont non seulement plus à risque de présenter un

trouble intériorisé, mais ce risque augmente lorsqu'elles perçoivent un manque de soins de la part de leur mère. Le fait d'analyser les variables associées aux troubles intériorisés en tenant compte de l'informateur apporte beaucoup de richesse aux résultats. Les variables associées varient selon l'informateur et, sans l'informateur adolescent, les résultats auraient été moins révélateurs. Des recherches futures, avec des devis différents de celui de notre étude, seront nécessaires pour approfondir la compréhension de l'étiologie des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes adolescents et, plus spécifiquement, du rôle de la relation parent-enfant dans l'émergence de ces troubles. Plusieurs implications pour la pratique clinique découlent de l'étude. Il faudrait sensibiliser les parents d'adolescents des effets potentiellement négatifs associés à une fréquence élevée de comportements punitifs, de même que leur recommander de viser à un équilibre concernant les comportements de soins (ex. : soutien, encouragements) et ceux visant le soutien de l'autonomie de leur jeune adolescent.

Mots clés : ÉPIDÉMIOLOGIE, TROUBLES MENTAUX INTÉRIORISÉS, ADOLESCENTS (12-14 ANS), RELATION PARENT-ENFANT, VARIABLES ASSOCIÉES, EFFETS D'INTERACTION, DSM-III-R.



INTRODUCTION

Le bien-être et la santé des populations sont extrêmement importants. Si, par le passé, l'accent a été mis sur la santé physique, les gouvernements et les organisations de santé publique sont de plus en plus préoccupés par la santé mentale et le bien-être psychologique des populations. En effet, une étude épidémiologique, le « *Global Burden of Disease* » (Murray et Lopez, 1997) – effectuée en 1990 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Banque Mondiale et l'Université Harvard – a examiné au niveau mondial les patrons de décès et d'invalidité. Cette étude a généré les premières estimations détaillées de près de 150 maladies majeures. Selon leurs résultats, quatre des dix causes les plus fréquentes d'invalidité chez les personnes âgées de plus de cinq ans sont des troubles mentaux, établis selon les critères diagnostiques du DSM, de l'Association américaine de psychiatrie. La maladie mentale et le suicide rendraient compte de près de 15% du fardeau économique occasionné par la maladie dans les économies de marché. Ce coût social excéderait même celui occasionné par l'ensemble des cancers, ce qui amène le *National Institute of Mental Health* (NIMH) aux États unis à considérer que le coût des problèmes psychiatriques aurait été, jusqu'à présent, grandement sous-estimé.

Traditionnellement, l'accent était surtout sur la santé mentale des adultes, mais l'intérêt s'est maintenant étendu à la compréhension et à l'étude de la santé mentale des jeunes. Les études épidémiologiques des troubles mentaux des jeunes sont relativement récentes : elles ont débuté dans les années 1960, avec l'étude de Rutter à l'île de Wight (Rutter et coll., 1981). Ces études révèlent que les jeunes sont affectés par différents types de troubles, par exemple, les troubles intériorisés tels que l'anxiété ou la dépression, et les troubles extériorisés tels que les troubles de la conduite et l'hyperactivité.

Il est généralement reconnu que la prévalence des troubles psychiatriques chez les jeunes se situe aux alentours de 15 à 20% (Bird, 1996; Costello, 1998; Offord et coll., 1987). L'étude épidémiologique de la MECA (*Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders*, Shaffer et coll., 1996), soutenue par le NIMH, indique

des prévalences de 4 à 6% (au cours des six mois précédant l'évaluation) pour les troubles de l'humeur (troubles dépressifs) et de 21 à 23% pour les troubles anxieux. Au Québec, l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de six à 14 ans (EQSMJ, 1992) a établi, pour la dépression, une prévalence au cours des six mois précédant l'enquête variant de 1 à 4% et, pour les troubles anxieux, une prévalence de 6 à 18% (Breton et coll., 1999).

Malheureusement, la dépression demeure souvent non diagnostiquée chez les jeunes et, si elle reste non traitée, elle risque de persister (Lewinsohn et coll., 1994). Les difficultés d'adaptation associées à la dépression non traitée peuvent être nombreuses : dysfonctionnement social et scolaire, consommation de drogues, décrochage scolaire, suicide, etc. Une détérioration du fonctionnement social et scolaire est aussi observée chez les jeunes affectés par les troubles anxieux (Benjamin et coll., 1990; Livingston, 1991). La plupart de ceux qui en souffrent ne reçoivent pas le traitement nécessaire (Esser et coll., 1990) et ces troubles risquent de persister à l'âge adulte (Pine et coll., 1998). Il apparaît donc pertinent d'étudier les troubles intériorisés chez les jeunes en raison de leurs prévalences non négligeables, des coûts sociaux qu'ils entraînent, de la chronicisation possible des problèmes et de l'insuffisance des services actuels pour répondre aux besoins de la population.

Par l'étude des prévalences des troubles et des variables associées, l'épidémiologie vise à mieux comprendre les mécanismes étiologiques des troubles. Par ailleurs, en étudiant un problème de santé auprès d'un échantillon populationnel représentatif, les études épidémiologiques permettent de faire, avec plus d'assurance, des généralisations à la population entière. Une meilleure connaissance des variables associées et l'identification des sous-groupes à risque peuvent contribuer à une meilleure planification des programmes de prévention.

Certaines études épidémiologiques – transversales ou longitudinales – qui s'appuient sur les critères du DSM pour la définition des troubles, ont permis d'identifier certaines caractéristiques associées aux troubles intériorisés des jeunes comme le sexe (Anderson et coll., 1989; Breton et coll., 1999; Ford et coll., 2004; Offord et coll., 1987; Verhulst et coll., 1997), l'âge (Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004), la

psychopathologie parentale (Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004; Velez et coll., 1988), la scolarité parentale (Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004), la maladie physique chronique chez le jeune (Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004) et l'ordre de naissance du jeune ou sa position dans la fratrie (Bergeron et coll., 2000; Rutter et Cox, 1985). En s'appuyant sur ces données épidémiologiques, l'hypothèse d'un modèle étiologique multifactoriel semble de plus en plus privilégié (Bergeron et coll., 2007a). En effet, il est extrêmement rare qu'un seul facteur de risque soit responsable du développement d'une psychopathologie. Il s'agit plutôt de l'effet combiné de plusieurs variables à différents niveaux, par exemple, de l'individu, de la famille, de l'environnement, etc. L'avancement dans le domaine de la psychopathologie développementale nous indique qu'il existe plusieurs facteurs de risque associés au développement des troubles mentaux, suggérant l'hypothèse d'interactions complexes entre les variables – soit biologiques ou psychosociales – qui jouent un rôle dans la problématique.

Des modèles qui incluent ces nombreuses variables sont nécessaires afin d'étudier les interactions complexes entre variables associées au développement d'une psychopathologie (Coie et coll., 2000 : voir Sameroff, Eds., 2000). Des modèles théoriques, comme le modèle transactionnel (Sameroff et Chandler, 1975) considère la relation parent-enfant comme un élément fondamental du développement normal et pathologique. Dans leurs travaux sur la dépression, Hammen et ses collaborateurs (Brennan et coll., 2003; McClure et coll., 2001) attribuent un rôle central à la relation parent-enfant. Ainsi, ils font l'hypothèse d'une interaction entre la relation parent-enfant, et certaines caractéristiques associées dans la prédiction des troubles intériorisés chez le jeune adolescent.

Bien que les mécanismes demeurent hypothétiques, l'information théorique suggère la possibilité d'interactions entre la qualité de la relation parent-enfant et certaines caractéristiques du jeune, de ses parents ou des caractéristiques socio-économiques qui amplifient ou réduisent la probabilité qu'un trouble intériorisé soit présent chez le jeune. L'étude des effets d'interaction peut être particulièrement utile à l'élaboration d'hypothèses spécifiques relatives aux sous-groupes d'adolescents à risque, ainsi que sur des mécanismes impliquant la relation parent-enfant.

Objectif général de la présente étude

À notre connaissance, très peu d'études ont examiné, à partir d'un échantillon populationnel représentatif, les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes (ex : Wagner et coll., 1996; Doyle et coll., 2003). L'objectif général de la présente étude est de vérifier systématiquement si la qualité de la relation parent-enfant interagit avec certaines caractéristiques du jeune et de sa famille dans la prédiction des troubles intériorisés des jeunes adolescents. Nous posons comme hypothèse générale qu'une relation parent-enfant difficile augmente de façon significative la prévalence prédite par les variables associées (Bergeron et coll., 2000).

Structure de la thèse

Le premier chapitre de la thèse propose des cadres conceptuels et rapporte les données empiriques les plus pertinentes. Tout d'abord, nous élaborons sur la période du développement visée, soit le début de l'adolescence, et sur l'ampleur de la problématique. Nous poursuivons en présentant les modèles étiologiques des troubles mentaux intériorisés chez les adolescents qui attribuent un rôle important à la relation parent-enfant, et qui sont pertinents pour notre étude. Cette présentation est suivie d'une revue des données empiriques sur les variables associées aux troubles intériorisés. Ensuite, nous discutons du rationnel du choix d'examiner les effets d'interaction. Par la suite, nous énonçons les variables qui seront retenues pour notre étude et nous détaillons les hypothèses.

Le deuxième chapitre de la thèse présente la méthodologie de l'étude. La nature des données qui seront analysées est exposée, de même que leur provenance (EQSMJ, 1992), les caractéristiques de l'échantillon, les choix méthodologiques et le plan d'analyses statistiques.

Le troisième chapitre de la thèse est dédié à la présentation des résultats descriptifs, et aux modèles de régression logistique bivariés et multivariés.

Le quatrième et dernier chapitre présente une discussion générale des résultats et suggère des retombées pour la recherche future. Les principales forces et limites de l'étude seront présentées, ainsi que les implications des résultats pour la pratique clinique.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL ET EMPIRIQUE

Cette section porte sur les concepts théoriques et les données empiriques qui appuieront les hypothèses et les choix méthodologiques de notre étude. Cette section se divise en cinq sous-sections. La première sous-section porte sur le développement normal à la période de l'adolescence, et sur les enjeux qui prennent place. La deuxième sous-section traite de l'ampleur de la problématique des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes. Les critères du DSM utilisés pour définir les troubles intériorisés chez les enfants et les adolescents sont présentés de même que les prévalences de ces troubles et la morbidité qui leur est associée. La troisième sous-section permet de se familiariser avec les différentes théories et modèles de la psychopathologie à l'adolescence afin de mieux comprendre le rôle de la relation parent-enfant dans le développement des troubles intériorisés chez le jeune. La quatrième sous-section discute du rationnel sous-jacent au choix méthodologique et conceptuel d'examiner les effets d'interaction dans la présente étude. Finalement, la cinquième sous-section rapporte les données empiriques sur les variables associées aux troubles intériorisés provenant de la littérature épidémiologique. En raison de la nature spécifique des critères du DSM pour définir ces troubles, nous choisissons de sélectionner les études épidémiologiques qui s'appuient sur les critères du DSM et qui portent sur des échantillons représentatifs de la population. Cependant, des études utilisant d'autres types d'échantillon et de devis (ex. : échantillon clinique, de convenance, etc.), et qui ont testé des hypothèses sur les liens entre la relation parent-enfant et les troubles intériorisés chez les adolescents, seront aussi incluses car leurs résultats sont utiles à l'élaboration de notre problématique.

1.1 La période développementale de l'adolescence

L'adolescence est une période caractérisée par plusieurs changements dans de nombreux domaines. Les changements s'amorcent en général vers l'âge de 10-13 ans chez les filles, et de 13-15 ans chez les garçons (MedlinePlus Medical Encyclopedia, 2005). Les changements physiologiques associés à cette période entraînent des modifications physiques qui permettront la reproduction. Des changements cognitifs sont également observés chez les jeunes adolescents qui commencent à penser de façon abstraite (ex. : théorie piagétienne du développement cognitif). Lors de cette période du développement, on note aussi une évolution de la perception de soi (Ebata et coll., 1990 : voir Rolf, Masten et coll., 1990), du sens moral et de l'identité. Comme la transition du primaire au secondaire se fait normalement vers l'âge de 12 ans, les jeunes adolescents vivent des changements au niveau de leur scolarisation. Ce passage amène des transformations du réseau social, de l'environnement, des routines quotidiennes, etc. Ces changements coïncident fréquemment avec un désir de plus grande autonomie et d'indépendance au niveau social.

Selon un rapport du *Forum sur l'adolescence* (Conseil National de Recherche, Institut de Médecine, Académie Nationale des Sciences des États-Unis : voir Kipke et coll., 1999), la variabilité de l'âge du début de la puberté aurait des conséquences sur le développement et sur les comportements. Par exemple, les filles qui vivent une puberté précoce sont à plus grand risque de présenter des problèmes de dépression, des troubles alimentaires, des idées suicidaires et une estime de soi faible. Antérieurement, l'accent était principalement mis sur les variables biologiques pour comprendre les changements associés à l'adolescence. Cependant, plus récemment, on s'intéresse à l'impact que d'autres variables peuvent exercer sur le développement. En effet, les études portent de plus en plus sur l'environnement social (ex. : les relations avec les parents et les amis, la communauté) dans lequel se développent les adolescents. Ceux-ci sont exposés, de nos jours, à plusieurs sources de pression environnementale, telles que celles de consommer de l'alcool, des cigarettes, des drogues et d'initier précocement les relations sexuelles. Ces comportements peuvent mettre les jeunes à plus grand risque de difficultés telles que les infections transmises sexuellement, les grossesses non planifiées, etc. (Kipke et coll., 1999).

En conclusion, on peut supposer que ces changements rendent les adolescents plus vulnérables à éprouver des difficultés émotionnelles que les enfants plus jeunes. Le rapport du *Forum sur l'adolescence* suggère que les interactions complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux jouent un rôle important dans l'adaptation du jeune aux changements inhérents à l'adolescence. C'est aussi une période de la vie où l'intervention peut s'avérer cruciale pour éviter une persistance des problèmes.

1.2 Ampleur de la problématique

1.2.1 Critères de définition des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes

Les jeunes sont affectés par différents troubles mentaux comme les troubles intériorisés (ex. : anxiété ou dépression) et les troubles extériorisés (ex. : troubles de la conduite ou hyperactivité). La prévalence d'au moins un trouble mental chez les jeunes se situe aux alentours de 15 à 20% (Bird, 1996; Costello, 1998; Offord et coll., 1987). Bien que les troubles extériorisés soient parmi les raisons les plus fréquentes de consultation en santé mentale, les troubles intériorisés sont plus fréquents dans la population. Par exemple, la prévalence d'un trouble dépressif est de 4 à 6%, celle d'un trouble anxieux varie de 21 à 23%, alors qu'elle est de 7 à 8% pour la présence d'au moins un trouble extériorisé (Shaffer et coll., 1996). Pour sa part, l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de six à 14 ans (EQSMJ, 1992) a établi, pour la dépression majeure, une prévalence variant de 1 à 4% et, pour les troubles anxieux, de 6 à 18%, alors que la prévalence d'au moins un trouble de la conduite varie de 2 à 7% (Breton et coll., 1999).

Le concept de troubles intériorisés peut être précisé au moyen des critères diagnostiques du DSM. Les troubles intériorisés sont l'appellation habituellement utilisée pour référer aux troubles dépressifs (ou de l'humeur) et anxieux. L'Association américaine de psychiatrie a énoncé dans le DSM les critères diagnostiques de ces troubles. Nous en faisons ici un bref rappel. Notre présentation va cependant se limiter aux troubles intériorisés qui ont été évalués dans l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, 1992), soit la dépression majeure, la dysthymie, l'hyperanxiété, l'anxiété généralisée, l'angoisse de séparation et la phobie simple.

Pour répondre aux critères diagnostiques du trouble dépressif majeur, au moins cinq des neuf symptômes suivants doivent être présents presque tous les jours au cours des deux semaines précédentes et constituer un changement du fonctionnement habituel de la personne : (1) une humeur dépressive présente presque toute la journée (plus souvent observé comme étant de l'irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent); (2) une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités pendant la plus grande partie de la journée; (3) une perte ou prise de poids (en absence de régime) ou diminution ou augmentation de l'appétit; (4) de l'insomnie ou hypersomnie; (5) un ralentissement ou une agitation motrice; (6) une perte d'énergie ou fatigue (7) des sentiments de culpabilité excessive ou de dévalorisation; (8) des difficultés à se concentrer ou de l'indécision; (9) des idéations suicidaires (avec ou sans intention) ou pensées de mort récurrentes. Il est nécessaire d'observer, parmi les symptômes présents, soit le symptôme 1 (humeur dépressive) ou le symptôme 2 (perte d'intérêt ou de plaisir).

Quant à la dysthymie, il s'agit d'un trouble de l'humeur chronique caractérisé par la présence d'une humeur dépressive (l'humeur peut être plus de type irritable chez les jeunes) pendant presque toute la journée, plus d'un jour sur deux, et dont la durée est d'au moins un an. La personne qui répond aux critères pour un trouble dysthymique présente au moins deux des six symptômes suivant : (1) diminution ou augmentation d'appétit; (2) insomnie ou hypersomnie; (3) perte d'énergie ou fatigue; (4) faible estime de soi; (5) difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions; (6) sentiments de perte d'espoir. Ainsi, les symptômes du trouble dysthymique ressemblent à ceux de la dépression majeure, mais sont moins sévères.

Les jeunes peuvent présenter des troubles anxieux, comme l'angoisse de séparation, l'anxiété généralisée et les phobies simples. Pour le trouble d'anxiété généralisée (incluant le trouble d'hyperanxiété de l'enfant), les critères diagnostiques du DSM sont : (1) anxiété et inquiétudes excessives qui se présentent la plupart du temps, pendant au moins six mois, face à des activités ou des événements (ex. : travail ou performance scolaire); (2) difficulté à contrôler ses préoccupations; (3) l'anxiété et les inquiétudes sont associées à au moins trois des six symptômes suivants, présents la plupart du temps pendant les six derniers mois (un seul symptôme doit être présent chez l'enfant pour répondre aux critères) : (1) agitation ou sensation d'être exalté; (2)

fatigabilité; (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire; (4) irritabilité; (5) tensions musculaires; (6) sommeil perturbé (difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ou sommeil agité). L'anxiété doit entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres sphères de vie importantes.

Les phobies simples sont caractérisées par une peur irraisonnée, excessive et persistante face à la présence ou l'anticipation de la confrontation d'un objet (ex. : les animaux) ou d'une situation (ex. prendre l'avion, voir du sang). L'exposition au stimulus phobogène provoque une réaction anxieuse chez la personne. Chez les jeunes, l'anxiété vécue lors de l'exposition peut s'exprimer par des pleurs, la colère, ou des réactions de figement. La personne qui répond aux critères pour une phobie simple reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur (cette conscience n'est pas nécessairement présente chez l'enfant). De plus, la personne évite la situation phobogène, ou y réagit par une peur ou une anxiété intense. L'évitement ou l'anticipation anxieuse s'accompagnent d'une souffrance importante chez la personne et perturbent sa vie, ses activités professionnelles (ou scolaires), ses activités ou relations sociales. Pour répondre aux critères pour la phobie simple, les symptômes doivent avoir été présents pour au moins 6 mois chez les jeunes de moins de 18 ans.

Enfin, les critères pour répondre au trouble d'angoisse de séparation sont les suivants : (1) une peur excessive et inappropriée pour le stade de développement de l'enfant, en lien avec la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles le jeune est attaché, comme en témoignent trois (ou plus) des symptômes suivants : (1) une détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec les principales figures d'attachement ou d'avec la maison, ou lors de l'anticipation de telles situations; (2) une crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou d'un malheur qui pourrait leur arriver; (3) une crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant des principales figures d'attachement (ex : se perdre ou être enlevé); (4) une réticence persistante ou le refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur associée avec la séparation; (5) l'appréhension ou une réticence excessive et persistante à rester seul à la maison ou sans les principales figures d'attachement; (6) une réticence ou un refus d'aller dormir sans

être à proximité des principales figures d'attachement; (7) la présence de cauchemars répétés à thèmes de séparation; (8) la présence de plaintes somatiques répétées (ex. : maux de tête, douleurs abdominales, nausées) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement ou en anticipation de ces situations. Les symptômes doivent avoir été présents pendant au moins quatre semaines, et avoir débuté avant l'âge de 18 ans. Les symptômes doivent entraîner une détresse significative ou une détérioration du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres sphères de vie importantes.

Établis par un groupe d'experts, les critères du DSM se veulent a-théoriques (Valla et coll., 1996). L'utilisation des critères du DSM permet d'obtenir un consensus sur la définition et la classification d'un diagnostic, et de comparer les résultats d'une étude à l'autre. Les instruments structurés basés sur les critères du DSM permettent d'assurer la fidélité inter-juges et test-retest, et une meilleure qualité des résultats (Valla et Bergeron, 1994).

1.2.2 Prévalences et morbidité des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes

Les résultats de l'étude américaine de la MECA (*MECA Study*) de Shaffer et coll. (1996) réalisée auprès de 1,285 jeunes de 9 à 17 ans (moyenne d'âge à 13 ans), indiquent une prévalence de 4 à 6% pour les troubles dépressifs, et de 21 à 23% pour les troubles anxieux. Au Canada, l'étude ontarienne de Offord et ses collaborateurs (U McMaster) a établi, auprès de 2,679 jeunes de 4 à 16 ans, une prévalence entre 2,7 et 7,8% pour la dépression majeure, et de 2,4% pour l'anxiété de séparation. Pour les difficultés émotionnelles, la prévalence varie entre 4,9 et 13,6%. (Offord et coll., 1987). Rappelons que ces prévalences ne concernent pas que les adolescents. Dans l'étude de la MECA, les jeunes étaient âgés de neuf à 17 ans et, dans l'étude ontarienne (Offord et coll., 1987), de quatre à 16 ans.

Au Québec, les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de six à 14 ans (EQSMJ, 1992 n=2,400) indiquent une prévalence de 1 à 4% pour la dépression majeure, et de 6 à 18% pour les troubles anxieux (Breton et coll., 1999). De plus, la prévalence de la dépression chez les jeunes adolescentes est beaucoup plus élevée que chez les jeunes adolescents, avec un ratio filles/garçons de 6:1. Cependant, les jeunes

adolescentes de 12 à 14 ans présentent davantage de troubles intériorisés que les filles plus jeunes (Breton et coll., 1999).

Les troubles intériorisés chez les jeunes demeurent parfois non diagnostiqués. Ces troubles risquent alors d'être non traités et de persister (Lewinsohn et coll., 1994). Par ailleurs, la dépression non traitée chez les jeunes augmente le risque pour d'autres problèmes comme l'abus de substances, le suicide, les difficultés de fonctionnement psychologique (Angold et Costello, 1993; Birmaher et coll., 1996; Kaslow et coll., 1994; Hammen et Compas, 1994), social et scolaire (Fortin et coll., 2004). Il est donc critique de dépister ces jeunes et d'intervenir rapidement afin d'éviter les séquelles durant cette importante période de développement, et la chronicisation possible des problèmes.

Sachant que les adolescents sont plus à risque de présenter un trouble intériorisé par rapport aux groupes d'âges plus jeunes (ex. : Breton et coll., 1998; Ford et coll., 2004) et que la morbidité associée aux troubles ne peut être ignorée, ces arguments justifient d'étudier l'étiologie de ces troubles à la période de l'adolescence.

1.3 Modèles étiologiques des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes

Plusieurs modèles théoriques suggèrent l'importance des variables proximales (Rutter et coll., 1997), telles que la relation parent-enfant, pour la santé mentale de l'adolescent, que ce soit en association directe (effet principal) ou en interaction avec d'autres variables associées (ex. : le paradigme écologique de Bronfenbrenner (1979). Certains modèles concernent davantage l'étiologie de la psychopathologie, comme le modèle cognitif interpersonnel de la dépression (Hammen et coll., 2004), et le modèle transactionnel (Sameroff et Chandler, 1975) qui traite de la psychopathologie développementale et qui s'inspire directement du modèle écologique en faisant l'intégration de plusieurs variables de l'environnement (Bergeron et coll., 2000, 2007a).

1.3.1 Le paradigme écologique de Bronfenbrenner

Le paradigme écologique de Bronfenbrenner (1979) considère que le développement de l'individu prend place à l'intérieur de sous-systèmes sociaux qui sont en interaction les uns avec les autres. Ce modèle suggère que l'individu se situe à

l'intérieur d'un système, entouré de niveaux interdépendants qui s'influencent mutuellement. L'individu (et ses relations avec son environnement) est au centre d'un système, entouré par d'autres niveaux tels que le macrosystème (idéologies socioculturelles), l'exosystème (système qui influence l'individu mais dans lequel il n'est pas nécessairement impliqué, comme les décisions politiques), le mésosystème (les milieux auxquels l'individu participe) et, finalement, le microsystème. Le microsystème représente le contexte où les interactions avec la famille et les pairs se déroulent. Le modèle écologique met l'accent sur la complexité qui existe entre l'individu et les environnements avec lesquels il est en interaction, et sur le développement de l'individu à l'intérieur et en lien avec une variété de contextes.

Bergeron et coll. (2007a) soulignent que bien que cette approche met l'accent sur les interactions entre les différents systèmes, elle n'a pas été étudiée en profondeur en relation avec la psychopathologie des jeunes. En effet, il est important de souligner que le modèle écologique est difficile à vérifier systématiquement avec des données empiriques. Pour vérifier l'existence d'interactions complexes entre plusieurs niveaux tel que le suggère ce modèle, cela nécessiterait le recrutement d'un échantillon représentatif de la population en général de taille très importante.

1.3.2 L'approche transactionnelle de Sameroff et Chandler

L'approche transactionnelle s'appuie sur un modèle multifactoriel en lien avec le modèle de la psychopathologie développementale élaboré par Sameroff et ses collaborateurs (Sameroff et Chandler, 1975; Cicchetti et coll., 1994).

Selon ce modèle, le développement de l'enfant est affecté par différentes influences telles que des caractéristiques du jeune, de sa famille et de son environnement. Ces caractéristiques peuvent être des facteurs de risque, qui augmentent le risque d'apparition d'un problème d'adaptation, ou des facteurs de protection, qui les diminuent. L'enfant et l'environnement exercent une influence mutuelle l'un sur l'autre. L'enfant qui grandit dans un environnement enrichissant est plus susceptible de se développer normalement, tandis que celui qui grandit dans un environnement marqué par des déficits est à plus grand risque de développer des difficultés d'adaptation et de fonctionnement. L'approche transactionnelle perçoit le développement sur un continuum normal–

pathologique. Les difficultés telles que la psychopathologie seraient dues à l'incapacité du jeune de s'ajuster aux demandes de l'environnement.

Ce modèle attribue aux interactions du jeune avec son environnement un rôle important pour son adaptation et son bien-être psychologique, ce qui suggère que la relation parent-enfant serait un déterminant de l'adaptation du jeune. La littérature propose qu'il existe des relations de réciprocité entre la psychopathologie du jeune, celle de son parent, et la relation parent-enfant. Le modèle transactionnel reconnaît aussi la bidirectionnalité des effets où les caractéristiques du jeune ont un effet sur le parent, et vice-versa. Cicchetti et coll. (1994) proposent l'application du modèle transactionnel à l'étude de la dépression; et Vasey et Dadds (2001) pour celle des troubles anxieux.

1.3.3 Le modèle cognitif interpersonnel de la dépression de Hammen

Le modèle cognitif interpersonnel de la dépression élaboré par Hammen et ses collaborateurs (ex. : Hammen et coll., 2004; Rudolph et coll., 1997), propose l'existence d'une prédisposition à la dépression chez les enfants dont le parent présente lui-même une dépression. Le modèle suggère que les effets néfastes de la dépression parentale sur le jeune seraient surtout attribuables à un environnement familial stressant, lequel exercerait à son tour des effets négatifs sur le fonctionnement interpersonnel du jeune. La présence de symptômes chez le parent ainsi que des conditions qui leur sont souvent associées (ex. : difficultés relationnelles, financières, etc.), contribuent à rendre l'environnement familial plus stressant. Ainsi, ce modèle suggère que les habiletés parentales pourraient être compromises chez certains parents qui présentent un trouble dépressif. Par ailleurs, le jeune pourrait, de son côté, observer des comportements interpersonnels mal adaptés utilisés par son parent, et les reproduire dans ses interactions personnelles. Cette imitation des comportements parentaux pourrait entraîner davantage d'événements stressants dans la vie personnelle du jeune. À leur tour, ces événements stressants viendraient augmenter le risque, pour le jeune, de présenter des symptômes dépressifs.

Ce modèle attribue un rôle central à la relation parent-enfant parce qu'elle contribue de façon importante aux expériences familiales. Par ailleurs, Hammen

reconnaît aussi la bi-directionnalité des effets dans la relation parent-enfant. En effet, le jeune, tout comme son parent, exerce une influence sur la qualité de cette relation.

Dans leurs travaux sur la dépression (ex. : Brennan et coll., 2003; Eberhart et coll., 2006; Hammen et coll., 2004; McClure et coll., 2001), Hammen et son équipe examinent la relation parent-enfant en tant que variable reliée à la fois aux troubles intériorisés de l'adolescent et à la psychopathologie anxio-dépressive du parent. La plupart de leurs études sont réalisées auprès de sous-échantillons de jeunes à haut risque (i.e. exposés à la dépression maternelle), provenant d'une cohorte de naissance. Ces études suggèrent que certaines caractéristiques de l'adolescent, de ses parents ou de sa famille interagiraient avec la qualité de la relation parent-adolescent pour amplifier ou réduire la probabilité de la présence d'un trouble intériorisé chez le jeune. Cependant, Hammen et coll. (2004) soulignent qu'il reste à déterminer si le risque pour le jeune est dû à la psychopathologie parentale comme telle ou aux conditions souvent associées à cette psychopathologie (ex. : interactions négatives avec les enfants, difficultés relationnelles, financières, etc.) ou, encore, à l'interaction de ces variables entre elles. Ainsi, les mécanismes d'impact de ces variables pour la transmission intergénérationnelle de la dépression ne sont pas encore clarifiés.

Finalement, Hammen et son équipe soulignent que les recherches futures devraient examiner davantage le rôle de la relation parent-enfant dans l'étiologie des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes (McClure et coll., 2001). L'étude des effets d'interaction entre la psychopathologie du parent et la relation parent-enfant auprès d'un échantillon populationnel représentatif serait utile à l'élaboration d'hypothèses plus spécifiques et contribuerait ainsi à augmenter les connaissances.

1.3.4 Conclusion sur les modèles étiologiques

Si de nombreuses études ont mis en évidence les liens entre la psychopathologie parentale et celle de l'enfant, certains modèles théoriques attribuent à la relation parent-enfant un rôle crucial. De plus, la relation parent-enfant continue d'avoir beaucoup d'importance à l'adolescence. Hammen et son équipe étudient l'association entre la relation parent-enfant et la résilience, en plus d'examiner le rôle médiateur de la relation parent-enfant dans l'association entre l'anxiété du parent et celle de son enfant. La

possibilité que la relation parent-enfant puisse modifier la nature de l'association entre d'autres types de caractéristiques individuelles, familiales ou socio-économiques, et les troubles intériorisés du jeune, est amplement suggérée par le modèle écologique et le modèle transactionnel (Cicchetti, 1994 : voir Bergeron et coll., 2000; 2007a). Dans la présente étude, l'analyse statistique systématique des interactions demeure exploratoire, mais l'hypothèse sous-jacente s'inspire de ces modèles. À notre avis, très peu d'études, sinon aucune, n'a étudié systématiquement les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et un ensemble d'autres variables associées aux troubles mentaux intériorisés à l'adolescence à partir d'un échantillon populationnel représentatif.

Les modèles étiologiques des troubles mentaux des jeunes présentés proposent des relations complexes entre les variables et suggèrent de tenir compte des interactions entre les variables de différents niveaux : individuel, familial et socio-économique. Afin d'étudier des relations complexes, il est nécessaire de les modéliser théoriquement et d'opérationnaliser leurs relations statistiques. Dans la littérature, ces opérationnalisations ont des appellations diverses, telles que l'effet d'interaction, de médiation, de modification et de suppression, chacun s'appuyant sur des relations théoriques entre les construits. Ces types d'analyses sont effectués pour examiner les relations entre les variables afin de mieux comprendre les mécanismes étiologiques des troubles. Il apparaît donc important d'apporter quelques définitions et explications concernant ces différents effets et de préciser celui qui sera examiné dans notre étude.

Publié en 1986, l'article de Baron et Kenny sur les effets médiateur et modérateur demeure toujours une référence dans le domaine. D'autres auteurs, dont Holmbeck (1997) et Kraemer et coll. (2001), ont également écrit des articles de fonds sur cette question conceptuelle et méthodologique. Selon ces auteurs, il existe dans la littérature beaucoup de confusion au sujet des effets de médiation et de modulation. Les chercheurs utilisent parfois les concepts de façon interchangeable (Baron et Kenny, 1986; Holmbeck, 1997; Kraemer et coll., 2001), de même que les stratégies statistiques proposées pour les vérifier. Même la façon de rapporter les résultats des analyses statistiques dans les publications scientifiques présente de la confusion, certains auteurs rapportant des résultats de modulation en les présentant comme des effets de médiation et vice versa (Holmbeck, 1997). Les effets médiateurs et modérateurs impliquent tous qu'une

troisième variable joue un rôle important dans la relation entre deux autres variables. Ce point commun contribue à la confusion de leur définition respective.

1.4 L'effet modificateur (effet de modération)

En recherche psychosociale, le terme « modération » est utilisé pour qualifier les effets d'interaction entre deux variables dans la prédiction d'une troisième (ex. : Baron et Kenny, 1986). En épidémiologie, on réfère aux effets d'interaction en utilisant plutôt l'appellation : « effets modificateurs » (Hosmer et Lemeshow, 1989). L'effet modificateur et l'effet de modération font tous deux références aux effets d'interaction qui indiquent que l'effet d'une variable indépendante X sur une variable dépendante Z varie en fonction des niveaux d'une autre variable indépendante Y.

Selon Baron et Kenny (1986), la variable modératrice exerce un effet sur la direction ou la force de l'association entre la variable indépendante et la variable dépendante. La variable modératrice spécifie dans quelles conditions certains effets se manifesteront. Ainsi, une variable qui joue un effet de modération (effet modificateur) est une troisième variable qui a un effet de « partition » sur la variable indépendante. Plus précisément, la variable modératrice sépare la variable indépendante en sous-groupes ou niveaux qui n'ont pas la même force de relation avec la variable dépendante. La variable modératrice spécifie ou précise dans quelles conditions certains effets se manifesteront.

Statistiquement, un effet de modération est représenté par une interaction significative entre la variable indépendante et la variable modératrice dans la prédiction de la variable dépendante. L'analyse statistique doit alors mesurer l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante en fonction de chaque niveau de la variable modératrice. Pour tester cet effet, Baron et Kenny (1986) suggèrent d'inclure le terme d'interaction dans une analyse de régression ou de variance (ANOVA). Ils identifient aussi des conditions préalables importantes à respecter. Ainsi, il est important que la variable indépendante soit aléatoire, i.e. qu'elle ne soit pas manipulée. Lorsque c'est le cas, il devient alors possible d'inférer un lien causal. Par contre, si la variable indépendante est manipulée, il ne doit pas y avoir de relation entre cette variable et la variable modératrice. Il est préférable aussi que la variable modératrice soit mesurée

antérieurement à la variable indépendante, sauf dans le cas où la variable indépendante est une caractéristique fixe comme le sexe (Kenny, 2004).

1.5 L'effet de médiation

Baron et Kenny (1986) définissent une variable médiatrice ou une relation de médiation comme un mécanisme par lequel une variable indépendante X influence une variable dépendante Z. Dans un modèle de médiation, la variable X influence la variable Y qui, à son tour, influence la variable Z. Les variables médiatrices expliquent pourquoi les effets se produisent. Une hypothèse qui attribue un rôle médiateur à une variable donnée s'appuie généralement sur un modèle théorique.

Pour démontrer un effet de médiation, plusieurs conditions doivent être respectées. Premièrement, un effet de médiation se manifeste lorsque (1) les variations de la variable indépendante expliquent les variations de la variable médiatrice, et (2) les variations de la variable médiatrice expliquent les variations de la variable dépendante. Deuxièmement, lorsqu'on contrôle les associations entre (a) la variable médiatrice et variable indépendante, et entre (b) la variable médiatrice et la variable dépendante, une relation significative entre les variables indépendante et dépendante s'atténue. Lorsque cette relation s'approche de zéro, un important effet médiateur est démontré.

1.5.1 L'effet modificateur (effet de modération) dans la présente étude

La relation parent-enfant peut être considérée comme un microsystème en interaction avec d'autres systèmes et environnements qui entretiennent des interrelations entre eux. Selon les modèles théoriques, et particulièrement les modèles intégratifs, il faudrait tenir compte des interactions entre les variables individuelles, familiales et socio-économiques. Nous voulons vérifier si la relation parent-enfant entre en interaction avec d'autres variables dont l'association avec les troubles mentaux intériorisés est reconnue dans la littérature épidémiologique. Nous sommes intéressée à examiner les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et plusieurs caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques du jeune (âge, sexe, position dans la fratrie,

compétence sociale, psychopathologie parentale, structure familiale, soutien social, revenu, etc.) dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes adolescents.

1.6 Variables associées aux troubles mentaux intériorisés chez les jeunes : Données empiriques

Dans cette section, nous rapportons les données empiriques concernant les variables associées aux troubles mentaux intériorisés chez les jeunes. Les études sont sélectionnées pour leurs similitudes méthodologiques avec l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, 1992) : (1) elles portent sur des échantillons représentatifs de la population en général (études épidémiologiques); (2) elles s'appuient sur les critères du DSM pour l'évaluation des troubles mentaux des jeunes, et (3) elles considèrent généralement un grand nombre de variables (dans un modèle multivarié) dont certaines se sont révélées plus ou moins fortement associées aux troubles intériorisés chez les jeunes. Ces études sont transversales ou, plus rarement, longitudinales. Étant donné qu'elles utilisent des échantillons représentatifs de la population en général, leur avantage est la possibilité de généraliser les résultats. Même si ces études, en particulier les études transversales, ne permettent pas de préciser les mécanismes étiologiques impliquant les variables associées, elles sont utiles pour l'identification de sous-groupes à risque et pour générer des hypothèses plus précises.

Peu de grandes études épidémiologiques ont étudié la relation parent-enfant et ses effets à l'égard des troubles mentaux des jeunes (ex. : Bergeron et coll., 2000 ; Cohen et Brook, 1987; Goodman et coll., 1998). Un nombre encore plus restreint d'études ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles mentaux des jeunes. Par conséquent, pour certaines variables, la recension des données empiriques s'est élargie à d'autres types d'études – ex. : échantillons de convenance, à haut risque ou recrutés en milieux cliniques – pour dégager les résultats pertinents à nos hypothèses. Cependant, la variété des devis de ces études (ex. : caractéristiques des échantillons, critères d'évaluation des troubles, etc.) en complique l'appréciation et la synthèse.

De plus, comme nous le verrons, d'après les résultats des études épidémiologiques, un grand nombre de variables se révèlent associées aux troubles

mentaux des jeunes, ce qui est cohérent avec un modèle étiologique de la psychopathologie de plus en plus multifactoriel. Les variables incluses dans l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1992) ont été classées en trois catégories : les caractéristiques individuelles, familiales et sociodémographiques/socio-économiques. Les variables ont fait l'objet de cette catégorisation aux fins de compréhension, en lien avec les modèles théoriques tels que celui de Bronfenbrenner (1979). Dans la présente étude, une sélection provisoire des variables a été faite en fonction des résultats obtenus par Bergeron et coll. (2000) lors de l'analyse de l'ensemble des variables associées aux troubles mentaux des jeunes de l'EQSMJ. À quelques exceptions près, les variables sélectionnées pour notre étude sont celles fortement (ratio de cotes supérieur ou égal à quatre) ou modérément (ratio de cote variant de deux à quatre) associées aux troubles mentaux intériorisés dans au moins un groupe d'âge étudié (six à huit ans, neuf à 11 ans, 12 à 14 ans). D'autres variables (ex. : soutien social au parent, relation de couple) ont été incluses en raison de leur importance dans la littérature clinique (ex. : Cummings et Davies, 1992).

Pour faciliter la présentation des données empiriques, celles-ci seront regroupées par type de caractéristiques : individuelles, familiales et sociodémographiques. Les caractéristiques individuelles du jeune comportent des variables telles que l'âge, le sexe, la maladie physique chronique et la compétence sociale. Les caractéristiques familiales comportent la structure familiale, la position du jeune dans la fratrie, la psychopathologie parentale, la relation parent-enfant, la relation de couple, et le soutien social que les parents reçoivent pour assumer leur rôle parental. Finalement, les caractéristiques sociodémographiques concernent la scolarité du parent et le revenu familial.

Comme toutes ces variables sont susceptibles d'entrer en interaction avec la qualité de la relation parent-enfant, recenser de façon exhaustive la littérature psychosociale sur les liens de chacune d'elles avec la relation parent-enfant dépasserait le cadre d'un seul projet doctoral. Sauf quelques exceptions, comme la littérature qui traite de la psychopathologie parentale et ses liens avec la relation parent-enfant, notre recension se limite à la littérature épidémiologique sur les troubles mentaux intériorisés chez les jeunes, en particulier les études qui ont porté sur l'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles.

1.6.1 Caractéristiques individuelles

Plusieurs études épidémiologiques – transversales ou longitudinales – qui s'appuient sur les critères du DSM ont permis d'identifier plusieurs caractéristiques individuelles comme étant significativement associées aux troubles intériorisés des jeunes. Ces caractéristiques sont : le sexe (ex. : Anderson et coll., 1989; Breton et coll., 1999; Ford et coll., 2004; Offord et coll., 1987; Verhulst et coll., 1997) et l'âge du jeune (ex. : Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004) la maladie physique chronique (ex. : Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004) et la compétence sociale (ex. : Bergeron et coll., 2000; Goodman et coll., 1998; McGee et coll., 1992).

Le sexe

Plusieurs études épidémiologiques rapportent des prévalences de troubles intériorisés plus élevées chez les filles que chez les garçons (Anderson et coll., 1989; Bergeron et coll., 2000; Breton et coll., 1999; Feenhan et coll., 1991; Goodman et coll., 1998; Offord et coll., 1989; Nguyen et coll., 2005; Velez et coll., 1989). D'autres études épidémiologiques ont examiné des troubles spécifiques et ont rapporté des prévalences de troubles dépressifs plus élevées chez les filles que chez les garçons (Galambos et coll., 2004; Sund et coll., 2003) surtout à l'adolescence (Bergeron et coll., 2007a; Hankin et coll., 1998). Le même effet du sexe à l'égard des troubles anxieux a été rapporté (Bergeron et coll., 2007b; Cohen et Brook, 1987). Hankin et coll. (1998) ont identifié des effets d'interaction entre le sexe et l'âge à l'égard des troubles dépressifs. Ainsi, ces troubles seraient plus fréquents chez les filles que chez les garçons vers l'âge de 13 ans, mais cette différence entre les filles et les garçons devient encore plus prononcée vers l'âge de 15 à 18 ans. Dans le cadre de l'EQSMJ, Breton et coll. (1999) ont rapporté que la prévalence de la dépression chez les adolescentes est beaucoup plus élevée que chez les adolescents, avec un ratio filles/garçons de 6:1. Cependant, les adolescentes de 12 à 14 ans présentent davantage de troubles intériorisés que les filles plus jeunes. Ceci suggère un effet de l'âge qui dépendrait du sexe (Breton et coll., 1999), soit une interaction entre le sexe et l'âge dans l'estimation des prévalences. D'autres études épidémiologiques ont rapporté que les filles présentent généralement plus de troubles intériorisés que les garçons (Anderson et coll., 1987; Bird et coll., 1989; Offord et coll.,

1987; Velez et coll., 1989). Il est reconnu que la prévalence de la dépression est plus élevée chez les filles comparativement aux garçons dès le début de l'adolescence, vers l'âge de 12 ans (Hayward et coll., 2002; Kessler et coll., 1993; Spence et coll., 2002). Les adolescentes constitueraient donc un groupe à risque. Finalement, d'autres études épidémiologiques ayant utilisé des critères autres que ceux du DSM ont aussi rapporté des prévalences plus élevées chez les filles que chez les garçons pour les troubles intérieurs en général (Gaspar de Matos, 2003), et pour des troubles plus spécifiques comme la dépression (Bond et coll., 2005; Rushton et coll., 2002; Shraedeleay et coll., 1999; Steinhausen et Metzke, 2000, 2001).

L'âge

Selon plusieurs études épidémiologiques populationnelles (Canino et coll., 2004; Bird et coll., 1989, Breton et coll., 1999; Ford et coll., 2004), la dépression est plus prévalente auprès des enfants plus âgés qu'auprès des plus jeunes. Comme mentionné plus haut (cf. Le sexe, p.21), Hankin et coll. (1998) ont révélé des effets d'interaction entre le sexe et l'âge à l'égard des troubles dépressifs. L'EQSMJ (Bergeron et coll., 2000) a trouvé un effet d'interaction pour le sexe et l'âge à l'égard des troubles intérieurs : les prévalences des troubles intérieurs sont significativement plus élevées chez les filles que chez les garçons à l'âge de 13 et 14 ans, ainsi que chez les filles de 14 ans, comparativement à celles de 12 ans.

La maladie physique chronique

Plusieurs études épidémiologiques (critères du DSM) ont démontré une association significative entre la maladie physique chronique chez le jeune et les troubles mentaux en général (Anderson et coll., 1989; Bird et coll., 1989, Goodman et coll., 2007), les troubles intérieurs (Bergeron et coll., 2000; Ford et coll., 2004; Hackett et coll., 1999) et plus spécifiquement, les troubles dépressifs (Bergeron et coll., 2007a) et les troubles anxieux (Bergeron et coll., 2007b). Offord et coll. (1989) ont rapporté une association significative entre la maladie physique et les troubles « émotifs » : les jeunes qui ont une maladie physique chronique sont donc plus susceptibles de présenter des troubles mentaux en général, plus spécifiquement de type intérieurisé, que ce soit des troubles dépressifs, émotifs ou anxieux. Une autre étude épidémiologique qui n'a pas

utilisé les critères du DSM (Gaspar de Matos et coll., 2003) a aussi démontré une association entre une faible santé physique chez le jeune et la dépression, de même que l'anxiété.

La compétence sociale

La compétence sociale a été moins étudiée en épidémiologie pédopsychiatrique. Par contre, les quelques études épidémiologiques qui ont examiné cette variable ont démontré un lien significatif entre celle-ci et les troubles mentaux en général (McGee et coll., 1992), ainsi qu'avec les troubles intériorisés (Bergeron et coll., 2000; Goodman et coll., 1998), les troubles dépressifs (Bergeron et coll., 2007a) et les troubles anxieux (Bergeron et coll., 2007b) des jeunes. Ainsi, les jeunes qui obtiennent des scores de compétence sociale plus faibles ont un risque plus élevé de présenter un trouble intériorisé.

Effets d'interaction entre les caractéristiques du jeune et la relation parent-enfant

À notre connaissance, une seule étude épidémiologique a examiné les effets d'interaction de la relation parent-enfant avec certaines caractéristiques individuelles du jeune, telles que le sexe et l'âge, à l'égard des symptômes intériorisés (Doyle et coll., 2003). Cependant, dans l'étude de Doyle et coll. (2003), aucun effet d'interaction n'est décelé : une meilleure relation parent-enfant (i.e. plus de soutien et moins de rejet) est associée à une meilleure adaptation du jeune (i.e. moins de symptômes intériorisés), peu importe son âge ou son sexe. Par contre, ces chercheurs n'ont pas utilisé les critères DSM pour établir la présence d'un trouble mental intériorisé.

Nous n'avons pas identifié d'étude épidémiologique ayant examiné des effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques individuelles comme la compétence sociale et la maladie physique chronique dans la prédiction des troubles mentaux intériorisés.

1.6.2 Caractéristiques familiales

Plusieurs études épidémiologiques ont permis d'identifier des caractéristiques familiales associées aux troubles intériorisés des jeunes, comme la psychopathologie parentale (Bergeron et coll., 2000; Bird et coll., 1989; Ford et coll., 2004; Velez et coll.,

1988), la structure familiale (Canino et coll., 2004; Ford et coll., 2004; Goodman et coll., 2004; Velez et coll., 1989) et l'ordre de naissance du jeune ou sa position dans la fratrie (Bergeron et coll., 2000; Rutter et Cox, 1985).

La psychopathologie parentale

Plusieurs recherches épidémiologiques ont examiné le rôle de la psychopathologie parentale dans l'apparition des troubles mentaux chez les jeunes. Cependant, il existe beaucoup de variabilité dans les critères utilisés pour déterminer la présence d'un trouble psychologique tant chez le parent que chez le jeune.

Les études qui privilégient l'utilisation des critères DSM pour l'évaluation des troubles mentaux chez les jeunes sont présentées en premier. Parmi ces recherches, certaines ont démontré une association entre l'histoire d'un trouble psychiatrique chez le parent et la présence d'un trouble mental chez le jeune (Goodman et coll., 1998; Vostanis et coll., 2006). D'autres ont trouvé un lien entre l'histoire psychiatrique de la mère et la présence d'un trouble dépressif chez le jeune (Bird et coll., 1989), ou la présence d'une psychopathologie parentale et l'anxiété chez le jeune (Bergeron et coll., 2007b; Ford et coll., 2004). Dans une analyse transversale des données de la New York Longitudinal Study (NYLS), Velez et coll. (1988) ont inclut les mères et les pères lors de l'évaluation de la psychopathologie chez le parent; ils ont trouvé un lien entre les troubles émotifs du parent (mère et père) et un risque plus élevé chez le jeune de présenter un trouble anxieux ou dépressif. L'EQSMJ (1992) a révélé une association entre la présence d'un trouble mental intériorisé chez le parent (phobie, anxiété ou dépression) et des chances plus élevées, chez l'enfant et l'adolescent, de présenter un trouble intériorisé (Bergeron et coll., 2000) et, plus spécifiquement, un trouble dépressif (Bergeron et coll., 2007a) ou un trouble anxieux (Bergeron et coll., 2007b). Comme ces études sont toutes transversales, on ne peut se prononcer sur les relations de causalité entre les variables.

Quelques études épidémiologiques longitudinales ont examiné le rôle de la psychopathologie parentale dans le développement des troubles mentaux chez l'enfant. Utilisant un échantillon représentatif de jeunes, Shanahan et coll. (2008) ont révélé qu'un trouble dépressif chez le parent est un facteur de risque (« *putative risk factor* ») pour un trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent. Une autre étude longitudinale a démontré

que la présence d'une psychopathologie parentale était une variable prédictive significative de l'apparition de la phobie sociale chez les jeunes (Lieb et coll., 2000).

D'autres études ont porté sur des échantillons de convenance ou d'individus à haut risque pour examiner l'association entre la psychopathologie parentale et celle de l'enfant, soit pour la dépression (Elgar et coll., 2004; Orvaschel, 1990; Weissman et coll., 1987), l'anxiété (McClure et coll., 2001; Turner et coll., 1987; Weissman, 1993) ou pour les troubles intériorisés en général (Leinonen et coll., 2003; Spence et coll., 2002). Dans certaines de ces études, on a utilisé les critères du DSM pour la définition d'un trouble, tandis que dans d'autres, on a utilisé des échelles de symptômes.

Hammen (ex : 1997, 2001; Hammen et coll., 2004) a eu recours à des échantillons à haut risque pour étudier l'association entre la santé mentale du parent et celle de l'enfant. La plupart de ses travaux portent sur la dépression maternelle (critères du DSM), mais elle a également effectué des travaux qui démontrent un lien entre l'anxiété parentale et celle de l'enfant (McClure et coll., 2001). Dans le modèle de Hammen (1997), les variables psychosociales jouent un rôle important dans l'étiologie de la dépression chez les enfants. Selon elle, le fait de vivre avec un parent déprimé augmente le caractère stressant du milieu de vie. Ces enfants n'ont pas nécessairement la capacité ni les habiletés pour s'adapter à ce niveau de stress, ce qui peut les rendre vulnérables pour le développement d'une psychopathologie ou de problèmes d'adaptation. Hammen poursuit dans cette ligne de pensée et soutient que la psychopathologie du parent risque d'affecter le jeune à plus d'un stade de son développement, en particulier lorsque la dépression parentale est récurrente (Hammen, 1997).

Il existe probablement un effet réciproque entre la santé mentale du jeune et celle de son parent. En effet, dans une revue de la littérature, Elgar et coll. (2004) suggèrent qu'il existe un effet de la dépression maternelle sur l'enfant, mais le comportement du jeune exerce également un effet sur le fonctionnement de sa mère.

Il se peut que les effets néfastes de la dépression parentale varient selon le sexe du jeune et du parent, mais ces variations sont encore mal comprises. Ainsi, dans l'étude de Bosco et coll. (2003), on a démontré que les adolescentes semblent être plus susceptibles aux troubles intériorisés lorsque c'est leur père – et non leur mère – qui souffre de

dépression ou d'anxiété. Par contre, les critères du DSM n'avaient pas été utilisés pour évaluer la psychopathologie. En revanche, l'étude de McClure et coll. (2001), qui s'est appuyée sur les critères du DSM pour l'évaluation des troubles anxieux (mères, pères et adolescents), révèle que l'anxiété maternelle est associée aux troubles anxieux des enfants, tant garçons que filles, alors que l'anxiété paternelle ne l'est pas.

En résumé, l'association entre la psychopathologie des parents et celle de leurs enfants est assez clairement établie dans la littérature. Cependant, il serait utile d'avoir davantage d'études épidémiologiques populationnelles longitudinales qui examinent une multitude de facteurs proximaux impliqués dans le développement et le maintien de la psychopathologie du jeune, afin de mieux comprendre les mécanismes de transmission intergénérationnelle.

La structure familiale

De nombreuses études épidémiologiques populationnelles ont démontré le rôle de la structure familiale en lien avec la santé mentale des jeunes (ex. : Canino et coll., 2004; Ford et coll., 2004; Goodman et coll., 2004; Velez et coll., 1989). Quelques études transversales se sont particulièrement intéressées à l'impact ou à l'effet d'une structure spécifique, comme la famille monoparentale (ex. : Lipman et coll., 2002), tandis que d'autres ont examiné plusieurs structures familiales simultanément (ex. : monoparentale, séparé/divorcé, remarié, veuf, etc.) comme variable dans un modèle multivarié (ex. : Bergeron et coll., 2000).

Parmi les études transversales qui ont utilisé les critères du DSM, certaines ont trouvé une association entre le statut de famille reconstituée et la présence soit d'au moins un trouble mental (Ford et coll., 2004), d'un trouble anxieux (Ford et coll., 2004; Shanahan et coll., 2008) ou d'un trouble dépressif (McFarlane, 1994) chez le jeune. D'autres ont rapporté un risque plus élevé pour l'enfant de présenter soit un trouble mental (Goodman et coll., 1998), un trouble dépressif (Canino et coll., 2004) ou un trouble émotif (Heiervang et coll., 2007) lorsque les parents ne vivaient plus ensemble. Dans l'EQSMJ, Bergeron et coll. (2000) ont trouvé chez les familles monoparentales (vs biparentales) un risque plus élevé chez les enfants de neuf à onze ans de présenter un trouble intériorisé, mais pas chez les adolescents. Dans une étude ultérieure sur les

troubles dépressifs spécifiquement, Bergeron et coll. (2007a) n'ont pas trouvé de lien significatif entre la structure familiale et ces troubles chez les jeunes, quel que soit leur âge.

Quelques études épidémiologiques longitudinales qui ont utilisé les critères du DSM se sont aussi intéressées à la structure familiale comme variable associée. Dans l'étude américaine « Great Smoky Mountains » (GSMS), Shanahan et coll. (2008) trouvent une association significative entre la monoparentalité et la dépression chez les jeunes, tandis que le statut de famille reconstituée serait davantage associé à la présence d'un trouble anxieux. Dans l'Étude longitudinale de New York (NYLS), Velez et coll. (1989) trouvent que la présence d'un beau-père dans une famille reconstituée est un facteur de risque pour le développement de la dépression chez les enfants. Goodman et coll. (2007) ont aussi des résultats analogues, les jeunes vivant dans une famille « non traditionnelle » (vs avec les deux parents biologiques) ayant plus de risques de présenter des troubles psychiatriques.

Il semble se dégager de ces résultats d'études qu'une structure familiale « non traditionnelle » (vs présence des deux parents biologiques) est associée à un risque plus élevé, pour le jeune, de présenter un trouble intériorisé, soit dépressif ou anxieux. Pour expliquer cette association, certains chercheurs (ex. : Garrison et coll., 1992) ont suggéré l'hypothèse suivante : un manque de supervision ou de disponibilité émotionnelle des parents pourrait augmenter le risque pour la dépression chez les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou reconstituées. Hetherington et coll. (1992) ont posé comme hypothèse que les parents, dans une famille non traditionnelle, seraient moins en mesure d'offrir du soutien ou de la surveillance à leurs enfants parce qu'ils seraient moins disponibles, étant accaparés par les difficultés vécues dans le contexte d'une restructuration familiale.

La position dans la fratrie

La position dans la fratrie à l'égard des troubles mentaux des jeunes a été beaucoup moins étudiée dans les études épidémiologiques. Rutter et Cox (1985) ont rapporté que le statut d'enfant unique, ainsi que celui d'aîné, est associé à un risque plus élevé de présenter un trouble intériorisé. Feehan et coll. (1994) ont rapporté également une association entre l'ordre dans la fratrie et la présence de troubles intériorisés. Les

jeunes de 15 ans qui sont premier-nés de familles présentent davantage de troubles que les dernier-nés. Des résultats provenant de l'EQSMJ (1992) ont révélé une association entre la position dans la fratrie et la présence de troubles intériorisés chez les adolescents de 12 à 14 ans. Plus spécifiquement, les deuxièmes de famille présentent plus de troubles intériorisés que les enfants uniques ou premier-nés. Les troisièmes de famille sont également plus susceptibles de présenter un trouble intériorisé que les enfants uniques, les premier-nés ou les deuxièmes de famille (Bergeron et coll., 2000). Tout récemment, Bergeron et coll. (2007a) ont trouvé une association entre le rang dans la fratrie et la présence d'un trouble dépressif chez le jeune : ceux en troisième position ou plus dans la fratrie sont plus à risque de présenter un trouble dépressif que les adolescents uniques, premier-nés ou deuxièmes de famille.

Dans une étude épidémiologique longitudinale norvégienne, Sund et coll. (2003) ont démontré un effet d'interaction entre la position dans la fratrie et le sexe. Ils ont trouvé que les filles de 12 à 14 ans qui vivent dans une famille « nombreuse » (i.e. quatre enfants ou plus) ont un risque plus élevé de présenter une dépression que les garçons. Pour expliquer leurs résultats, Sund et coll. (2003) suggèrent que ces adolescentes vivraient davantage de détresse interpersonnelle; elles pourraient aussi avoir davantage de responsabilités familiales, possiblement trop pour leur âge, ce qui contribuerait à leurs sentiments dépressifs.

Utilisant un sous-échantillon de familles composées de deux enfants âgés entre quatre et onze ans de l'Enquête longitudinale nationale canadienne sur les jeunes et les enfants (ELNEJ), Marleau et coll. (2006) ont démontré que les premier-nés présentent plus de symptômes intériorisés que les deuxièmes de familles. Notons que les critères DSM n'ont pas été utilisés pour l'évaluation des troubles intériorisés. Dans cette étude, les mères rapportent moins d'interactions positives (ex : activités agréables avec l'enfant, rire avec l'enfant, féliciter l'enfant, etc.) avec leur premier-né qu'avec l'enfant cadet. Aucune différence n'est démontrée entre les aînés et les cadets pour les comportements hostiles ou punitifs du parent. Les auteurs n'ont pas examiné les effets d'interaction entre les variables, mais suggèrent deux hypothèses pour expliquer leurs résultats. Premièrement, l'enfant aîné pourrait être plus triste et retiré, étant donné qu'il a « perdu » sa place d'enfant unique et doit apprendre à partager l'attention de sa mère. Il se peut que

les mères aient moins d'interactions positives avec un enfant qui présentent des symptômes de troubles intériorisés, car l'enfant aîné est possiblement plus retiré et triste. Deuxièmement, des tensions entre les deux enfants pourraient se développer si ceux-ci ne bénéficient pas du même traitement de leur mère (ex. : moins d'interactions positives). Ces tensions vécues par l'enfant aîné pourraient avoir un effet néfaste sur son bien-être et contribuer à l'apparition de symptômes anxieux ou dépressifs.

Finalement, Zimbardo (1977, voir : Bögels et Brechman, 2006) a émis une hypothèse pour expliquer les liens entre la position dans la fratrie et les symptômes ou les troubles intériorisés des jeunes. Il suggère que les enfants premier-nés ou uniques pourraient être plus timides ou sensibles, surtout à l'égard de l'échec, parce que leurs parents auraient des attentes plus élevées envers eux. Ainsi, il est possible que les enfants dont les parents ont des attentes plus élevées soient plus à risque de devenir anxieux ou déprimés.

Le soutien social au parent

Il est suggéré dans la littérature – et par le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979) – qu'un manque de soutien social au parent exercerait une influence néfaste sur sa santé mentale, ce qui aurait des conséquences négatives sur la relation parent-enfant et, à son tour, sur le bien-être de l'enfant (Bergeron et coll., 2000). Par contre, le rôle du soutien social accordé au parent a été très peu étudié en épidémiologie pédopsychiatrique.

À notre connaissance, seules deux études épidémiologiques (EQSMJ, 1992 : Bergeron et coll., 2000, 2007a, 2007b; Goodman et coll., 2007) ont examiné les liens entre le soutien social donné au parent et les troubles mentaux des jeunes. Dans les deux cas, aucune association significative n'a été trouvée. Étant donné qu'aucun effet principal n'a pu être identifié, les effets d'interaction entre cette variable et la relation parent-enfant n'ont pas encore été étudiés.

La relation de couple

Nous avons trouvé trois études épidémiologiques populationnelles (Bird et coll., 1989; EQSMJ, 1992; Goodman et coll., 1998) qui ont examiné les liens entre la relation

de couple et les troubles mentaux des jeunes. Dans l'EQSMJ, les analyses multivariées effectuées n'ont démontré aucune association significative entre la relation de couple ni pour les troubles intériorisés (Bergeron et coll., 2000), ni pour les troubles dépressifs (Bergeron et coll., 2007a) chez les jeunes. Par contre, une association significative a été trouvée entre peu d'affectivité exprimée dans le couple et la présence d'un trouble anxieux chez les enfants de 6 à 11 ans (Bergeron et coll., 2007b). Quant à Goodman et coll. (1998), ils ont trouvé une association significative entre la discorde maritale et les troubles dépressifs chez des jeunes de 9 à 17 ans. Les jeunes dont les parents rapportaient une fréquence élevée de conflits avaient plus de probabilités de présenter un trouble dépressif. Finalement, dans Bird et coll. (1989), aucune association entre la relation de couple et les troubles mentaux chez le jeune n'a été trouvée.

Wilhelm et coll. (2000) suggèrent que la relation de couple pourrait avoir un effet sur la relation parent-enfant. Selon ces chercheurs, si un parent est insatisfait de sa relation de couple (surtout à l'égard de son rôle comme parent), cela pourrait avoir un effet de débordement sur la relation avec son enfant. De plus, le fait que le jeune observe une relation difficile entre ses parents aurait un effet néfaste sur ses relations avec ses parents et sur son sentiment de sécurité et de bien-être au sein de sa famille. Ces auteurs suggèrent une relation de réciprocité entre la relation de couple et la relation parent-enfant. Cependant, à notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'a testé cette hypothèse empiriquement.

La relation parent-enfant

Dans cette section, nous rapportons les données empiriques concernant l'association entre la relation parent-enfant et les troubles mentaux intériorisés chez les adolescents. Cette section est structurée de la façon suivante. Les études épidémiologiques populationnelles sur les troubles mentaux des jeunes, évalués à partir des critères du DSM, sont privilégiées et présentées en premier (ex. Bergeron et coll., 2000, 2007; Cohen et Brook, 1987; Goodman et coll., 1998). Comme la relation parent-enfant dans tous ses aspects (ex. soins, encouragement de l'autonomie, encadrement, discipline, etc.) a été peu étudiée en épidémiologie pédopsychiatrique, nous rapportons aussi les études épidémiologiques qui ont examiné l'impact d'un aspect spécifique de la

relation parent-enfant (comportements ou style parental), comme les comportements disciplinaires et punitifs des parents (ex. Eamon, 2001; Goodman et coll., 2007; Lipman et coll., 2002; MacMillan, Boyle et coll., 1999; Shanahan et coll., 2008; Vostanis et coll., 2006).

Finale­ment, comme la littérature psychosociale est quand même très riche sur l'importance de la relation parent-enfant pour la santé mentale des jeunes, nous avons aussi élargi notre recension aux études qui ont utilisé d'autres types d'échantillons, comme des échantillons de jeunes à haut risque, (ex. : jeunes exposés à la dépression d'un parent). Nous avons retenu les études qui utilisent les critères du DSM pour l'évaluation des troubles, en particulier celles réalisées en Australie par Hammen et ses collaborateurs, étant donné leur intérêt pour le rôle de la relation parent-enfant dans le développement des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes.

Comme mentionnée plus haut, la relation parent-enfant a été peu étudiée dans les études épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes. Lorsqu'elle est considérée, dans la plupart des cas, on l'évalue par le biais des comportements parentaux de contrôle, très souvent dans leur dimension « aversive » ou négative, comme le recours à des comportements punitifs physiques (ex. : taper l'enfant, frapper avec un bâton; MECA, Goodman et coll., 1998; Goodman et coll., 2007) ou non physiques (ex. : envoyer l'enfant à sa chambre; retrait de privilèges; B-CAMHS, Vostanis et coll., 2006). Certains ont considéré des comportements de contrôle « positifs », comme l'utilisation de récompenses (ex. : Vostanis et coll., 2006) et d'approbation pour encourager un comportement désiré chez l'enfant. Dans une moindre mesure, l'expression d'affects et le recours à des « comportements » chaleureux ont également été étudiés avec, à leur pôle opposé, des attitudes contrariées ou même hostiles, l'expression de colère, et une utilisation faible de renforcements par le parent (par exemple : NYLS, Wagner et coll., 1996; Lipman et coll., 2002). Mentionnons toutefois que d'autres aspects de la relation parent-enfant ont été étudiés en épidémiologie, mais de façon plus marginale. À titre d'exemple, notons l'évaluation de la « surveillance parentale », définie comme la fréquence à laquelle le parent est informé des allers et venues du jeune (MECA, Goodman et coll., 1998). Finale­ment, Johnson et coll. (2001), dans le cadre de la NYLS, ont examiné des dimensions telles que l'inconsistance et l'incohérence dans l'application

des règles par le parent. Cependant, ces indicateurs de la relation parent-enfant ne couvrent pas tous les éléments de la relation. D'autres aspects importants n'ont pas été étudiés en épidémiologie pédopsychiatrique. À notre connaissance, concept de « surprotection », qui n'aurait pas été étudié ou très peu. On pourrait définir la « surprotection » par des pratiques parentales ou un contexte éducatif où l'enfant est très restreint dans son exploration du monde et les expériences qu'il peut vivre. Une surprotection peut conduire à des difficultés dans le développement de la confiance en soi ou de l'esprit d'initiative, du jugement, etc. Le concept de « surprotection » pourrait se situer dans un continuum qui trouve, au pôle opposé, la « négligence » parentale. Les liens entre un continuum « surprotection – négligence » et la santé mentale des jeunes ne semblent pas avoir été étudiés dans un contexte épidémiologique (avec utilisation de critères du DSM pour l'établissement des troubles). De même, à notre connaissance, la sécurité de la relation d'attachement de l'adolescent envers son parent, où le parent est perçu comme une source de sécurité et de réconfort en cas de difficultés, n'aurait pas été étudiée dans les études épidémiologiques – soient transversales ou longitudinales – sur les troubles mentaux (critères du DSM) des jeunes. Hammen et collaborateurs, dans leurs études d'échantillons à haut risque, ont évalué la relation parent-enfant sous des angles quelque peu différents, comme celui du degré de contrôle psychologique exercé par la mère, la sur-implication émotionnelle de la mère et les comportements chaleureux de celle-ci. D'autres éléments de la relation parent-enfant tels que le degré d'acceptation du jeune par le parent et la « sécurité d'attachement » dans la relation avec le parent ont aussi été examinés. Par contre, les résultats significatifs font surtout ressortir l'importance du contrôle psychologique et des comportements chaleureux de la mère à l'égard de la psychopathologie intériorisée du jeune. Notons que les auteurs qui ont étudié la « relation parent-enfant » n'ont pas nécessairement fait la distinction entre « style parental » et « comportements parentaux » dans leur évaluation de la relation parent-enfant. La « relation parent-enfant » définie comme la proximité émotionnelle au parent, la capacité à se confier au parent et le sentiment de se sentir accepté par lui n'a pas vraiment été étudiée, à notre connaissance dans les études épidémiologiques. Dans l'ensemble des études épidémiologiques (comme celles de l'EQSMJ), on a inclus une évaluation des comportements ou du style parental comme des indicateurs de la relation parent-enfant.

La relation parent-enfant dans son ensemble

La première étude de ce groupe est la NYLS (n=800), débutée en 1975. Cohen et Brook (1987) ont évalué la relation parent-enfant alors que les enfants étaient âgés de un à dix ans. Huit ans plus tard, des entrevues basées sur les critères diagnostiques du DSM sont réalisées pour évaluer la santé mentale du jeune. Cohen et Brook (1987) ont identifié une association positive entre le style punitif et autoritaire des mères et la présence d'un trouble dépressif chez l'enfant. Par contre, les interactions entre la relation parent-enfant et d'autres facteurs associés aux troubles intériorisés n'ont pas été examinées.

Dans une analyse ultérieure des données de la NYLS, Wagner, Cohen et Brook (1996) ont testé les effets d'interaction entre des éléments spécifiques de la relation parent-enfant (i.e. comportements punitifs sévères, comportements chaleureux et affectueux du parent) et les événements de vie stressants du jeune (ex. : perte d'une personne chère, difficultés dans les relations amicales, etc.) dans la prédiction des troubles psychologiques de ce dernier. Les comportements punitifs sévères étaient définis par une attitude parentale stricte allant jusqu'à la punition physique de l'enfant. D'après les résultats, le fait d'avoir un seul parent qui utilise des comportements punitifs sévères n'interagit pas avec les événements de vie stressants du jeune dans la prédiction de la dépression. Par contre, c'est lorsqu'ils sont présents chez les deux parents que les comportements punitifs sévères interagissent avec les événements de vie stressants du jeune dans la prédiction de la dépression.

Toujours dans le cadre de la NYLS, Johnson et coll. (2001) ont évalué les associations entre des comportements parentaux inadéquats (ex. : comportements punitifs sévères, incohérence dans l'application de règles, manque d'affection, etc.) et la psychopathologie, tant chez le parent que chez le jeune. Plus spécifiquement, ces auteurs ont vérifié si des comportements parentaux inadéquats jouent un rôle de médiation entre la psychopathologie chez le parent et celle du jeune. Leurs résultats confirment cette hypothèse. Ainsi, la psychopathologie parentale est significativement associée aux comportements parentaux inadéquats. De plus, la psychopathologie parentale est un prédicteur significatif de l'apparition d'une psychopathologie à l'adolescence. Les comportements parentaux inadéquats sont associés à un risque plus élevé chez le jeune de

présenter un trouble psychiatrique, même lorsque la psychopathologie parentale est contrôlée statistiquement. Ces résultats appuient l'hypothèse d'un effet de médiation; par contre, les effets d'interaction (effet de modération) n'ont pas été examinés dans cette étude.

La deuxième étude épidémiologique populationnelle d'intérêt est l'EQSMJ (1992). Utilisant des modèles de régression multivariés, Bergeron et coll. (2000) ont mis en évidence un lien significatif entre les comportements punitifs des parents et les troubles intériorisés des jeunes adolescents de 12 à 14 ans. Plus précisément, ceux dont les parents utilisent plus fréquemment des comportements punitifs ont un risque plus élevé de présenter un trouble mental intériorisé. Par ailleurs, toujours chez les jeunes adolescents, une interaction est trouvée entre les comportements de soin du père et le sexe du jeune. L'analyse de l'interaction comporte les comparaisons significatives suivantes : (1) parmi les jeunes qui rapportent une fréquence soit faible ou moyenne de soins du père, les filles sont plus à risque de présenter un trouble mental intériorisé que les garçons; (2) parmi les garçons, ceux dont le père offre une fréquence moyenne de soins sont plus à risque de présenter un trouble mental intériorisé (vs une fréquence faible de soins), ce qui est un résultat en apparence surprenant. Cependant, il faut se rappeler que dans une étude transversale, il n'est pas possible de se prononcer sur la direction de la causalité. Dans la deuxième comparaison, une fréquence moyenne de soins du père peut être consécutive à l'apparition d'un trouble anxieux ou dépressif chez le garçon.

Dans une analyse secondaire portant sur les variables associées aux troubles spécifiquement dépressifs, Bergeron et coll. (2007a) trouvent une association entre les comportements punitifs de la mère et ce type de troubles chez les jeunes adolescents. Plus précisément, ceux dont la mère utilise plus fréquemment des comportements punitifs ont plus de probabilités de présenter un trouble dépressif. Un lien significatif est également trouvé entre les comportements de soin, tant du père que de la mère, et les troubles dépressifs chez les jeunes : ceux dont l'un des parents utilise une fréquence plus faible de comportements de soins (vs une fréquence moyenne) ont plus de probabilités de présenter un trouble dépressif.

Dans une autre analyse secondaire portant cette fois sur les troubles anxieux, Bergeron et coll. (2007b) trouvent une association entre le recours à des comportements punitifs et la présence d'un trouble anxieux chez les jeunes adolescents. Plus précisément, ceux dont le parent utilise plus fréquemment des comportements punitifs ont un risque plus élevé de présenter un trouble anxieux. Un lien significatif est également démontré entre les comportements de soin du parent et les troubles anxieux chez les adolescents : les probabilités sont plus élevées pour les jeunes dont le parent utilise une fréquence faible (vs moyenne) de comportements de soins de présenter un trouble anxieux.

Finalement, à l'aide des données de l'étude transversale de la MECA (1992) réalisée auprès de 1,285 jeunes âgés de neuf à 17 ans, Goodman et coll. (1998) examinent l'importance de la surveillance parentale et des stratégies disciplinaires physiques (ex. : taper l'enfant) et non physiques (ex. : retrait de privilèges) pour les troubles mentaux des jeunes. La surveillance parentale est définie comme la fréquence à laquelle le parent est informé des allers et venues du jeune. Goodman et coll. (1998) ont démontré que les enfants dont les parents utilisent davantage de discipline (physique ou non physique) présentent plus de troubles psychologiques. Même si l'utilisation fréquente de comportements disciplinaires physiques est associée à une chance plus élevée de présenter un trouble psychologique, c'est la discipline non physique qui est spécifiquement associée aux troubles dépressifs et anxieux. Par ailleurs, la surveillance parentale est aussi associée à la présence d'un trouble mental chez le jeune : ceux qui présentent des troubles mentaux font l'objet de moins de surveillance parentale.

Les comportements disciplinaires et punitifs du parent

Comme nous venons de le voir, peu d'études épidémiologiques populationnelles ont examiné l'importance de la relation parent-enfant dans tous ses aspects (ex. soins, encouragement de l'autonomie, discipline, etc.). Quelques-unes ont cependant considéré deux aspects spécifiques de la relation parent-enfant : (1) les comportements disciplinaires, et (2) les comportements punitifs du parent (ex. Eamon, 2001; Goodman et coll., 2007; Lipman et coll., 2002; MacMillan, Boyle et coll., 1999; Shanahan et coll., 2008; Vostanis et coll., 2006).

Goodman et coll. (2007) ont effectué une étude longitudinale populationnelle auprès d'un échantillon de jeunes Brésiliens âgés de sept à 14 ans (n=760). Selon les résultats des analyses bivariées, la présence d'un trouble est associée aux comportements punitifs physiques sévères du parent (ex. : frapper l'enfant avec un bâton). Toutefois, dans les analyses multivariées, les comportements punitifs physiques sévères sont associés aux troubles du comportement, mais pas aux troubles émotifs.

L'étude épidémiologique britannique de la santé mentale des jeunes (British Child and Adolescent Mental Health Study; B-CAMHS) a été réalisée auprès d'un large échantillon représentatif de la population en général (n=10,438). Les critères DSM-IV ont été utilisés pour l'évaluation des troubles mentaux. S'appuyant sur ces données, Vostanis et coll. (2006) ont examiné l'impact de deux éléments du style parental, soit l'utilisation (1) de récompenses et (2) de punitions physiques (ex. : frapper ou secouer l'enfant) et non physiques (ex. : envoyer l'enfant à sa chambre, crier, retirer des privilèges). L'étude a révélé une association entre une fréquence élevée de stratégies de punition non physiques et la présence d'un trouble émotif chez les jeunes.

Le recours à une discipline sévère a été examiné dans une analyse transversale des données de la GSMS réalisée par Shanahan et coll. (2008). La GSMS (1992-2003) est une étude longitudinale auprès d'un échantillon (n=1,420) de jeunes initialement âgés entre neuf à 16 ans. Les résultats ont démontré une association entre ce type de discipline et la présence de troubles anxieux évalués à l'aide des critères du DSM-IV. Un lien a aussi été trouvé entre des comportements parentaux intrusifs et les troubles psychologiques de type émotif et comportemental chez les jeunes.

Dans une étude rétrospective ontarienne, MacMillan, Boyle et coll. (1999) ont examiné les effets de la punition physique sur la santé mentale, auprès d'un échantillon d'individus âgés de 15 à 64 ans. Les données de cette étude proviennent de l'« Ontario Health Survey Supplement » (OHSUP, 1990). Une association a été trouvée entre l'utilisation de punitions physiques (ex : frapper ou taper l'enfant) et des taux plus élevés de troubles anxieux (critères du DSM) évalués sur la vie entière de l'individu. Malgré la taille de l'échantillon et son caractère représentatif, l'évaluation rétrospective des

comportements punitifs auprès d'un seul informateur constitue, à notre avis, une limite importante de cette étude.

Finalement, dans cette section de la recension consacrée aux études épidémiologiques populationnelles, il est difficile de ne pas inclure l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ÉLNEJ). En effet, il s'agit d'une étude canadienne, longitudinale, réalisée auprès d'un échantillon de grande taille représentatif des enfants provenant de chacune des provinces canadiennes, et portant sur de multiples aspects du développement des enfants (ex. : socialisation, développement cognitif, symptômes intériorisés et extériorisés, etc.). Étant donné ces qualités importantes, nous incluons cette étude dans notre recension même si les critères et les outils de mesure utilisés pour l'évaluation de problèmes de santé mentale ne s'appuient pas de façon stricte sur les critères du DSM. En effet, dans l'ÉLNEJ, les items du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach et Edelbrock, 1983) ont constitué l'échantillon d'items de départ, opérationnalisés selon les critères diagnostiques des « syndromes DSM » à l'étude. Ces syndromes sont : (1) problèmes de conduites; (2) problèmes d'hyperactivité (3) problèmes émotionnels. Il est à remarquer que l'échelle d'évaluation utilisée est la même que celle du CBCL (0=jamais ou pas vrai; 1=parfois vrai; 2=très souvent ou très vrai) (Lipman et coll., 2002). À notre avis, cette méthodologie pour l'évaluation de la santé mentale est une approximation des critères du DSM, puisque de nombreux aspects inhérents à la nosologie du DSM ne sont pas évalués (ex. : fréquence des symptômes, durée, intensité, etc.).

Lipman et coll. (2002) ont fait une analyse transversale des données d'un sous-échantillon (n=9,398) de l'ÉLNEJ Cycle 1 (1994-95), pour étudier le « bien-être » des enfants âgés de six à 11 ans vivant en famille monoparentale (vs famille biparentale traditionnelle). L'appellation « bien-être » regroupe des variables comme les problèmes d'adaptation sociale, les troubles psychologiques (problèmes de conduites, problèmes d'hyperactivité et problèmes émotionnels) et le rendement scolaire en mathématiques. Les résultats démontrent une association entre des techniques parentales hostiles (ex. : attitude contrariée et désapprobatrice, expression de colère, félicitations peu fréquentes envers l'enfant, etc.) et les troubles psychologiques chez l'enfant. De plus, ces auteurs trouvent une interaction significative entre la structure familiale et la présence de

techniques hostiles chez le parent dans la prédiction des troubles psychologiques chez l'enfant. Plus spécifiquement, l'association entre la présence de techniques parentales hostiles et les troubles psychologiques chez l'enfant est plus forte lorsqu'il vit dans une famille monoparentale.

S'appuyant sur les données d'un sous-échantillon de l'ÉLNEJ Cycle 2 (enfants de dix à 13 ans, $n=3,200$), ainsi que sur celles de l'Enquête canadienne sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (HBSC, 1997-98, $n=11,243$, adolescents de 11 à 15 ans), Doyle et coll. (2003) ont examiné l'association entre la relation parent-enfant et l'adaptation, définie par le score de symptômes intériorisés, chez l'adolescent. Leurs résultats démontrent que les adolescents qui rapportent une relation positive avec leurs parents présentent moins de symptômes intériorisés. Ces auteurs ont également examiné si l'association entre la relation parent-enfant et l'adaptation de l'enfant diffère selon le sexe et l'âge de ce dernier (effet d'interaction). Aucun effet d'interaction n'a été décelé : une meilleure relation parent-enfant (plus de soutien et moins de rejet) est associée à une meilleure adaptation du jeune (moins de symptômes intériorisés), peu importe son âge ou son sexe.

Dans le cadre de cette étude, Doyle et coll. (2003) se sont intéressés également aux influences de la relation parent-enfant dans des « contextes sociaux » susceptibles d'augmenter le risque de troubles chez les jeunes, tels qu'une faible scolarité de la mère, sa participation au marché du travail, l'insuffisance du revenu familial et la monoparentalité. Les résultats suggèrent que les enfants de familles à faible revenu ont des perceptions plus négatives de leur relation avec leurs parents. À leur tour, ces perceptions sont associées à une moins bonne adaptation du jeune (ex. : plus de symptômes intériorisés). De plus, il n'y aurait pas de lien direct entre la scolarité de la mère et la relation parent-enfant, mais plutôt un lien indirect avec, comme instance intermédiaire, le fonctionnement familial. Ce dernier serait lié au côté chaleureux des attitudes parentales et au degré d'acceptation (ou de rejet) qui se dégage des stratégies disciplinaires des parents. Finalement, la participation de la mère au marché du travail et la monoparentalité ne semblent pas exercer d'influence sur l'adaptation de l'enfant indépendamment de la relation parent-enfant.

Finalement, Doyle et coll. (2003) ont examiné la possibilité d'interaction entre la relation parent-adolescent et le sexe du parent. Selon les résultats, les filles semblent éprouver plus de difficultés que les garçons à se confier à leur père. Mais cette variation selon le sexe n'est pas significative quand il s'agit de se confier à la mère. Par ailleurs, la facilité à se confier au père n'est pas associée à la présence de symptômes intériorisés.

Études avec des échantillons de jeunes considérés à haut risque

Dans ce groupe d'études, nous présentons celles de Hammen et son équipe, plus spécifiquement, trois publications dont les données proviennent d'un sous-échantillon de l'étude longitudinale « Mater-University of Queensland Study » (MUSP) où les critères du DSM ont été utilisés. L'échantillon total de la MUSP comportait 7,775 mères et leurs enfants nés entre 1981 et 1984 (cohorte de naissance australienne), d'où on a tiré un sous-échantillon de 816 adolescents à haut risque étant donné leur exposition à la dépression chez leur mère. Les problématiques d'intérêt de ces études sont similaires à la nôtre étant donné la place accordée à la relation parent-enfant dans un modèle multifactoriel de la psychopathologie des jeunes.

McClure et coll. (2001) ont proposé que la perception par l'adolescent des comportements parentaux de contrôle et de rejet exerce un effet médiateur sur l'association entre l'anxiété de l'un des parents et celle du jeune. Rappelons qu'un effet médiateur se définit comme un mécanisme par lequel une variable indépendante influence la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Ainsi, les variables médiatrices expliquent pourquoi les effets se produisent. D'après les résultats obtenus par McClure et coll. (2001), le contrôle psychologique parental est significativement associé à l'anxiété chez le jeune. Par contre, l'association entre l'anxiété maternelle et le contrôle psychologique n'est pas significative, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse d'un effet de médiation.

Dans une étude subséquente, Brennan et coll. (2003) ont trouvé une interaction entre la dépression maternelle et la relation parent-enfant (évaluée par le contrôle psychologique et la chaleur maternelle) dans la prédiction de la résilience, celle-ci étant définie par l'absence de dépression chez un jeune considéré à haut risque. Malgré l'exposition à la dépression chez la mère, la résilience chez ces jeunes est associée à des

éléments particuliers de la relation parent-enfant : un niveau plus élevé de chaleur maternelle, et un faible niveau de contrôle psychologique et de surimplication émotive de la mère. Ceci amène ces chercheurs à suggérer que certains aspects de la relation parent-enfant peuvent protéger les jeunes dans un contexte où la mère est dépressive.

Finalement, dans Eberhart et coll. (2006), Hammen a évalué l'effet du sexe du jeune dans la vulnérabilité à la dépression. Plus précisément, le sexe a été examiné dans ses rôles modérateur (interaction avec une autre variable) et médiateur à l'égard de la dépression chez les jeunes. Dans l'étude, on a considéré comme prédicteurs des caractéristiques personnelles du jeune, comme la sécurité de son attachement aux parents, et sa perception dans les domaines personnels suivants : relations sociales, apparence physique, et performance scolaire et sportive. Un score global de valeur personnelle est également obtenu. Au niveau familial, la dépression chez l'un des parents et la qualité de la relation parent-enfant sont considérées. D'après les résultats, le sexe n'exerce pas de rôle modérateur à l'égard de la plupart des prédicteurs évalués (ex : attachement, perception de soi du jeune, relation parent-enfant), sauf pour la dépression paternelle. En effet, les garçons risquent plus de présenter une dépression si leur père est également dépressif, effet qui n'est pas observé chez les filles. Un rôle médiateur du sexe à l'égard de plusieurs caractéristiques du jeune concernant sa performance, sa compétence, son apparence physique et des perceptions de soi (score global) a été toutefois identifié. Finalement, même si l'étude portait principalement sur les effets modérateur et médiateur exercés par le sexe, d'autres analyses ont exploré le rôle médiateur possible de la relation parent-enfant, telle que perçue par la mère, entre le sexe et la dépression chez le jeune. Même si un tel effet médiateur n'a pas été mis en évidence, les résultats ont détecté un effet de « suppression » exercé par la relation mère-enfant telle qu'évaluée par le jeune. Plus spécifiquement, les filles (comparativement aux garçons) rapportent une perception plus positive de leur relation avec leur mère, et cette perception plus positive est associée, à son tour, à un risque plus faible de présenter un trouble dépressif. (Eberhart et coll., 2006).

En résumé, les travaux de l'équipe de Hammen indiquent que le contrôle psychologique exercé par le parent est associé à la présence d'un trouble anxieux chez les jeunes, mais n'exerce pas de rôle médiateur. De plus, leurs résultats indiquent que

certain aspects de la relation parent-enfant, comme un niveau élevé de comportements maternels chaleureux, et un faible niveau de contrôle psychologique et de surimplication émotive de la mère, pourraient protéger les jeunes à risque de dépression. Ces résultats suggèrent également que le sexe n'agit pas comme variable modératrice à l'égard de la relation parent-enfant dans la prédiction de la dépression chez les jeunes. Finalement, la relation parent-enfant n'est pas été démontrée comme étant une variable médiatrice entre le sexe du jeune et la dépression.

Même si les études de Hammen et coll. ont été réalisées auprès d'un sous-échantillon particulier, tiré d'une cohorte de naissance, les résultats appuient l'existence d'associations complexes entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés des jeunes, comme la psychopathologie des parents et le stress. Comme on peut le constater, la distinction conceptuelle et méthodologique entre les effets de modulation et de médiation est complexe à établir et les hypothèses, tout autant à vérifier.

Dans leurs publications (par exemple : McClure et coll., 2001), Hammen et collaborateurs soulignent que les recherches futures devraient poursuivre l'étude du rôle de la relation parent-enfant dans l'étiologie des troubles intériorisés chez les jeunes, si possible en utilisant un échantillon représentatif, pour fins de généralisation. De plus, ils suggèrent que ces recherches devraient inclure plusieurs informateurs (ex. : parent et enfant) pour l'évaluation de la relation parent-enfant. Dans l'ensemble, les données empiriques disponibles suggèrent que ce sont surtout les comportements punitifs ou disciplinaires qui sont associés aux troubles mentaux en général (ex : Goodman et coll., 2007; Goodman et coll., 1998), intériorisés (ex. : Bergeron et coll., 2000), dépressifs (ex. : Bergeron et coll., 2007a; Cohen et Brook, 1987), émotifs (ex. : Vostanis et coll., 2006) ou anxieux (ex. : Bergeron et coll., 2007b, Macmillan et coll., 1999; Shanahan et coll., 2008) chez les jeunes.

D'autres études ont mis en évidence des associations entre certains aspects de la relation parent-enfant, comme les comportements de soin, et la présence d'un trouble intériorisé (ex. : Bergeron et coll., 2000), soit de type dépressif (Bergeron et coll., 2007a) ou anxieux (Bergeron et coll., 2007b) chez les adolescents. Plus spécifiquement, quand le

parent offre peu de soins, les jeunes sont plus susceptibles de présenter un trouble. Finalement, des associations ont également été trouvées impliquant la surveillance parentale. Les jeunes qui présentent une psychopathologie semblent être moins encadrés par leurs parents (ex. : Goodman et coll., 1998).

En conclusion, très peu d'études épidémiologiques ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés chez les jeunes (ex : Lipman et coll., 2002; Wagner et coll., 1996). Celles qui l'ont fait suggèrent cependant que les comportements punitifs sévères ou des techniques parentales hostiles interagissent avec d'autres variables associées (ex. : structure familiale, événements stressants) dans la prédiction des troubles psychologiques chez les enfants. Des études réalisées auprès des sous-échantillons à haut risque, nous apprenons que certains aspects de la relation parent-enfant, comme le contrôle psychologique exercé par le parent, sont associés à la présence d'un trouble chez le jeune (McClure et coll., 2001). Dans l'ensemble, ces études appuient l'existence d'associations complexes entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés chez les jeunes.

Effets d'interaction entre les caractéristiques familiales et la relation parent-enfant

Peu d'études ont examiné les effets d'interaction de la relation parent-enfant avec des caractéristiques familiales du jeune à l'égard des troubles intériorisés. Comme rapporté plus haut, les variables suivantes ont été examinées dans ces études: le sexe (Bergeron et coll., 2000), la structure familiale (Lipman et coll., 2002) et la présence d'événements stressants (Wagner, Cohen et Brook, 1996).

Bergeron et coll. (2000) ont rapporté un effet d'interaction entre les comportements de soin du père et le sexe chez les jeunes de 12 à 14 ans (ce résultat a été décrit à la page 34). Les résultats comportent trois comparaisons significatives. Tout d'abord, parmi les jeunes qui rapportent une fréquence soit faible ou moyenne de comportements de soin du père, les filles sont plus susceptibles de présenter un trouble mental intériorisé que les garçons. Enfin, parmi les garçons, ceux dont le père offre une fréquence moyenne de comportements de soin ont un risque plus élevé de présenter un trouble mental intériorisé (vs fréquence faible de comportements de soin).

Comme mentionné plus haut, Lipman et coll. (2002) ont rapporté un effet d'interaction entre la structure familiale et la relation parent-enfant à l'égard des troubles mentaux des jeunes dans une étude épidémiologique. Plus spécifiquement, ces auteurs ont trouvé un effet d'interaction entre la structure monoparentale et l'utilisation de comportements hostiles par le parent envers son enfant dans la prédiction de troubles mentaux chez l'enfant. Une faiblesse de cette étude est qu'uniquement des familles monoparentales et biparentales ont été incluses; donc, les chercheurs ne peuvent pas se prononcer sur le risque associé à d'autres types de structure familiale, comme les familles reconstituées.

Dans Wagner, Cohen et Brook (1996) le recours, par les deux parents, à des comportements punitifs sévères interagit avec la présence d'événements stressants dans la vie du jeune pour prédire la dépression chez ce dernier.

À notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'a examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et les variables familiales suivantes : la psychopathologie parentale, le rang dans la fratrie, le soutien social du parent et la relation de couple avec la relation parent-enfant à l'égard des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes. Rappelons que Johnson et coll. (2001; Étude NYLS) ont vérifié les effets de médiation, et non d'interaction, entre les comportements parentaux et la psychopathologie chez le parent et l'enfant.

1.6.3 Caractéristiques socio-démographiques

Des études épidémiologiques ont permis d'identifier des caractéristiques socio-démographiques associées aux troubles mentaux des jeunes, par exemple, la scolarité du parent (ex. : Bergeron et coll., 2000; Hackett et coll., 1999;) ainsi que le niveau de revenu, avec les troubles mentaux intériorisés des jeunes (ex. : Lipman et Offord, 1997; Lipman et coll., 1994).

La scolarité du parent

Le rôle de la scolarité du parent dans l'étiologie des troubles mentaux chez les jeunes a été étudié dans plusieurs études épidémiologiques. La plupart ont examiné le niveau de scolarité de la mère, mais certaines ont inclus la scolarité du père (ex. Bergeron et coll., 2000; Velez et coll., 1989). Dans l'ensemble, les données associent un faible niveau de scolarité chez le parent à des prévalences plus élevées de troubles mentaux en général (Bergeron et coll., 2000; Hackett et coll., 1999; Velez et coll., 1989) ou de troubles anxieux (Bergeron et coll., 2007b; Ford et coll., 2004) chez les jeunes. Par contre, il n'y a pas de consensus à ce sujet : certains n'ont pas trouvé d'association entre la scolarité du parent et les troubles mentaux (Canino et coll., 2004; Goodman et coll., 1998) ou dépressifs (Bergeron et coll., 2007) chez les enfants.

Le revenu familial

Le revenu familial est une variable fréquemment incluse dans les études épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes (ex. : Bergeron et coll., 2000, Bergeron et coll., 2007; Costello et coll., 1996; Goodman et coll., 1998; Velez et coll., 1989; etc.). Par contre, aucun consensus ne se dégage de la littérature quant au rôle étiologique de cette variable. Ainsi, dans certaines études, on suggère qu'un faible niveau de revenu familial est associé à la présence d'un trouble chez le jeune (Costello et coll., 1996; Goodman et coll., 1998; Velez et coll. 1989), surtout chez les enfants plus jeunes (Offord et coll., 1989). Par contre, d'autres n'ont pas trouvé d'association entre le revenu familial et la présence soit d'un trouble mental (Canino et coll., 2004; Ford et coll., 2004; Goodman et coll., 2007) ou d'un trouble dépressif (Garrison et coll., 1992).

Finalement, d'autres études épidémiologiques ont démontré, dans un modèle multivarié, qu'un revenu familial élevé (vs un revenu faible) est associé à un risque plus élevé pour les jeunes adolescents de 12 à 14 ans de présenter soit un trouble intériorisé (Bergeron et coll., 2000) ou un trouble dépressif (Bergeron et coll., 2007a). Peu d'études analogues ont relevé une telle association. Cependant, des études comparatives récentes utilisant des échantillons de convenance ont démontré que les jeunes vivant dans des familles aisées présentaient significativement plus de dépression et d'anxiété que ceux de milieu moins favorisé (Luthar et Latendresse, 2005; Luthar et Becker 2002). En fait, cette découverte par les études réalisées par Luthar et son équipe n'était pas anticipée, car ces

chercheurs s'intéressaient principalement aux comportements des jeunes vivant dans des milieux urbains pauvres considérés à « haut risque ». Luthar et D'Avanzo (1999) avaient inclus un échantillon de jeunes de milieu aisé comme groupe de comparaison à bas risque. À leur surprise, ils ont trouvé plus d'abus de substances, d'anxiété et de dépression chez les jeunes de milieu favorisé. Ce résultat surprenant a incité Luthar à poursuivre l'étude des troubles intériorisés chez ces jeunes. Luthar et Becker (2002) ont par la suite identifié deux facteurs qui pourraient contribuer au risque augmenté chez les jeunes vivant dans les milieux plus favorisés : (1) la pression à performer, et (2) le fait d'être isolé et de ne pas avoir assez de contact avec les parents.

Effets d'interaction entre les caractéristiques socio-démographiques et la relation parent-enfant

À notre connaissance, une seule étude épidémiologique a examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques socio-démographiques à l'égard des troubles intériorisés chez les jeunes (Smolla et coll., 1997). Dans cette étude, les auteurs ont examiné l'interaction entre la relation parent-enfant et le revenu familial, mais aucune interaction significative n'a été trouvée pour les jeunes adolescents de 12 à 14 ans.

Dans une revue de la littérature sur l'importance de la relation parent-enfant dans le développement de la dépression chez les jeunes, McLeod et coll. (2007) ont suggéré que le recours à des techniques parentales inadéquates et une relation parent-enfant plus difficile exerceraient des effets néfastes sur le bien-être psychologique, effets encore plus marqués chez les jeunes de milieu aisé (vs de milieu moins favorisé). Par contre, à notre connaissance, aucune donnée épidémiologique n'a encore appuyé cette hypothèse.

1.6.4 Conclusions sur la revue des données empiriques

Plusieurs études épidémiologiques qui s'appuient sur les critères du DSM ont identifié des associations significatives entre certaines caractéristiques individuelles (ex : sexe et âge du jeune, maladie physique chronique, et compétence sociale), familiales (ex : psychopathologie parentale, ordre de naissance du jeune ou position dans la fratrie) et socio-démographiques (scolarité du parent, niveau de revenu familial) et les troubles intériorisés des jeunes. Dans l'ensemble, leurs résultats appuient l'hypothèse d'un modèle

étiologique multifactoriel des troubles intériorisés tel que proposé par Bronfenbrenner (1979) et Sameroff et Chandler (1975).

Cependant, peu d'études épidémiologiques ont examiné le rôle de la relation parent-enfant dans la prédiction des troubles intériorisés des jeunes. Dans celles qui l'ont considéré, comme celles de Bergeron et coll. (2000, 2007), la relation parent-enfant est conceptualisée comme une variable proximale pouvant être impliquée dans la survenue des troubles intériorisés des jeunes. Les résultats des études qui ont examiné le rôle de la relation parent-enfant suggèrent une importante association entre les comportements punitifs ou disciplinaires et la présence d'un trouble mental chez le jeune. D'autres études ont ciblé des éléments de la relation parent-enfant comme les comportements de soin. Des études réalisées auprès des sous-échantillons de jeunes considérés à haut risque indiquent que des aspects de la relation parent-enfant, comme le contrôle psychologique exercé par le parent, sont associés à la présence d'un trouble chez le jeune.

Selon les modèles théoriques, il est important de considérer les interactions entre les variables de différents niveaux : individuel, familial, socio-économique (ex. : Bronfenbrenner, 1979). Très peu d'études épidémiologiques ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes (ex : Doyle et coll., 2003; Lipman et coll., 2002; Wagner et coll., 1996). Cependant, leurs résultats suggèrent que les comportements punitifs sévères ou des attitudes parentales hostiles interagissent avec d'autres variables (ex. : structure familiale, événements stressants) dans la prédiction des troubles mentaux chez les enfants. Par ailleurs, d'autres études suggèrent que les comportements des soins interagissent avec le sexe du jeune dans la prédiction des troubles intériorisés (Bergeron et coll., 2000). À notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'a encore examiné les effets d'interaction de la relation parent-enfant avec les variables suivantes : la compétence sociale du jeune, la maladie physique chronique chez le jeune, le rang du jeune dans la fratrie, la psychopathologie parentale, le soutien social donné au parent, la relation de couple et la scolarité des parents.

Tel que déjà mentionné, les données empiriques appuient l'hypothèse d'un modèle étiologique multifactoriel des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes, tel

que suggéré par les modèles de Bronfenbrenner (1979) et Sameroff et Chandler (1975) qui proposent des liens complexes entre les niveaux de variables, comme des interactions entre des caractéristiques individuelles et familiales dans le développement et le maintien des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes. A titre d'exemple, les recherches de Hammen appuient l'existence d'associations complexes entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés des jeunes comme les troubles mentaux des parents et le stress. Dans l'ensemble, les données empiriques obtenues jusqu'à présent proposent l'existence d'associations complexes entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés chez les jeunes. Bien que les mécanismes demeurent hypothétiques, il semble clair que la relation parent-enfant est une variable centrale et qu'elle interagit avec d'autres caractéristiques. La relation parent-enfant peut être considérée comme un microsystème en interaction (effet de modération) avec d'autres systèmes et environnements où existent des interrelations. Tous ces éléments soulignent la pertinence d'examiner les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles mentaux intériorisés chez les jeunes adolescents, auprès d'un échantillon représentatif.

1.7 Objectif général et hypothèses de recherche

L'objectif général de la présente étude est de vérifier systématiquement les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques du jeune (âge, sexe, position dans la fratrie, compétence sociale, psychopathologie parentale, structure familiale, soutien social, revenu, etc.) dans leur pouvoir de prédiction à l'égard des troubles intériorisés des jeunes adolescents.

Selon Bergeron et coll. (2000), des variables comme la scolarité du parent, le revenu familial, la position du jeune dans la fratrie et la maladie physique chronique chez le jeune, sont fortement ou modérément associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents ou d'enfants un peu plus jeunes (neuf à 11 ans). Nous proposons d'étudier, à titre exploratoire, les effets d'interaction entre ces variables et la relation parent-enfant en posant, comme hypothèse générale, qu'une relation parent-enfant « difficile » (i.e. comportements punitifs fréquents, peu de comportements de soin ou de comportements favorisant l'autonomie) augmentera de façon significative la prévalence

prédite par ces variables associées initiales. Le Tableau 1.1 présente ces variables et la force de leur association avec les troubles mentaux intériorisés, résultats obtenus par Bergeron et coll. (2000) avec les données de l'EQSMJ.

De plus, à partir des appuis de la littérature, nous posons des hypothèses plus spécifiques pour certaines variables associées:

Hypothèse 1. Interaction significative entre le sexe du jeune et la relation parent-jeune. Plus précisément, sachant que les jeunes filles adolescentes (12 à 14 ans) présentent davantage de troubles intériorisés que les jeunes garçons adolescents, nous posons comme hypothèse que les filles qui ont une relation plus difficile avec leur parent présenteront davantage de troubles intériorisés que : (1) les filles qui ont une bonne relation avec leur parent, et (2) les garçons.

Hypothèse 2. Interaction significative entre la psychopathologie parentale et la relation parent-jeune. Selon la littérature, la psychopathologie parentale est fortement associée à la présence de troubles intériorisés chez l'enfant. Plus précisément, nous posons comme hypothèse que les jeunes adolescents dont le parent présente une psychopathologie et avec qui la relation est difficile seront plus à risque de présenter des troubles intériorisés que : (1) ceux dont le parent présente une psychopathologie, mais avec qui la relation est satisfaisante (2) ceux dont le parent n'a pas de psychopathologie.

Pour terminer, certaines variables étudiées dans l'EQSMJ, comme le soutien social au parent et la relation de couple, se sont révélées être peu ou pas associées aux troubles intériorisés chez les jeunes adolescents (Bergeron et coll., 2000). Étant donné l'intérêt pour ces variables dans les modèles étiologiques de la psychopathologie, nous proposons de vérifier, à titre exploratoire, leur interaction possible avec la relation parent-enfant, dans la prédiction des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes adolescents.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

2.1 Participants

L'échantillon de la présente étude est un sous-échantillon de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, 1992). Notre échantillon comporte 825 jeunes adolescents de 12 à 14 ans (400 filles, 425 garçons). Dans l'EQSMJ, la population ciblée était constituée des jeunes de 6 à 14 ans vivant au Québec, pouvant s'exprimer en anglais ou en français et aptes à participer à une entrevue de recherche. L'échantillon initial provenait du fichier des allocations familiales de la Régie des rentes du Québec; ont été exclues : les régions très éloignées, les réserves indiennes et les enfants en établissements/institutions. L'utilisation de cette liste, complète et régulièrement mise à jour, a permis d'assurer la représentativité de l'échantillon. Une procédure d'échantillonnage stratifiée a été utilisée en fonction de la taille des municipalités régionales à l'intérieur des 16 régions administratives du Québec. Cette procédure a pris en compte le nombre d'entrevues réalisées dans les endroits où la densité de la population est faible, tout en assurant une répartition appropriée sur le territoire québécois. Un nombre de 2,400 a été déterminé pour satisfaire les critères de précision et de puissance établis pour l'Enquête. Le taux de réponse global de l'EQSMJ (1992) a été de 83,5%. Pour les jeunes de 12 à 14 ans plus spécifiquement, le taux de réponse a été de 80,3% (Valla et coll., 1997). Des informations complètes sur la sélection et la constitution de l'échantillon sont disponibles dans Valla et coll. (1997).

2.2 Méthode de cueillette de données et procédures

Les interviewers ont été formés par l'équipe de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, en collaboration avec les responsables de la firme SOM, chargés de la collecte des données. Celle-ci s'est effectuée entre février et juillet 1992. Les interviewers prenaient rendez-vous avec le parent répondant. Deux interviewers se rendaient au domicile pour réaliser une entrevue auprès du parent et du jeune séparément, pour assurer la confidentialité ainsi que la qualité des réponses. Le parent répondait à une entrevue structurée administrée verbalement par l'interviewer #1 (Questionnaire Entrevue Parent, ou QEP) et à un autre questionnaire, auto-administré cette fois (Questionnaire Auto-Administré Parent, ou QAAP). Au besoin, l'interviewer #1 aidait le parent à le compléter. L'adolescent répondait à l'entrevue structurée (Questionnaire Entrevue Adolescent, ou QEA) administrée par l'interviewer #2. À la fin de l'entrevue, le jeune recevait un chandail pour le remercier de sa participation. L'anonymat et la confidentialité ont été assurés selon une procédure établie avec la Commission d'accès à l'information du Québec.

2.3 Variables et instruments

2.3.1 Variable dépendante : Troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents

Pour établir la présence d'un trouble intériorisé chez l'adolescent, nous prenons en compte l'évaluation des deux informateurs, qui sont le jeune lui-même et le parent répondant (dans 91% des cas, il s'agit de la mère biologique de l'adolescent ciblé). Les troubles intériorisés considérés ici regroupent : (1) la phobie simple avec difficulté d'adaptation, (2) l'angoisse de séparation, (3) l'hyperanxiété/anxiété généralisée, (5) la dépression majeure/dysthymie. La définition des troubles mentaux s'appuie sur la classification proposée dans la troisième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 1987). Les cas de phobie simple ont été inclus uniquement lorsque le jeune présentait également au moins une difficulté d'adaptation associée à la phobie. La présence de difficulté d'adaptation a été évaluée à l'aide de trois questions : le fonctionnement à la maison, avec les pairs et à l'école. Le rationnel sous-jacent à cette décision est qu'il est fréquent qu'un jeune présente une phobie simple sans pour autant

éprouver des difficultés de fonctionnement. Aussi, la phobie simple sans difficulté d'adaptation ne serait pas comparable, en termes de gravité, aux autres troubles mentaux considérés ici, comme la dépression majeure ou l'anxiété généralisée. La variable dépendante est dichotomique : soit la présence/absence d'au moins un trouble intériorisé chez le jeune (Dépression majeure, Dysthymie, Anxiété généralisée ou Hyperanxiété, Angoisse de séparation, Phobie simple avec difficulté d'adaptation).

Le *Diagnostic Interview Schedule for Children – Second version* (DISC-2.25) (Shaffer et coll., 1991) a été complété par les parents et par les jeunes pour évaluer la présence des troubles intériorisés chez les jeunes. Le DISC-2.25 est un guide d'entrevue structuré qui mesure les troubles mentaux en s'appuyant sur les critères du DSM-III-R. Il inclut aussi une mesure de l'adaptation (problèmes de fonctionnement à la maison, avec les amis ou autres jeunes à l'extérieur de l'école, difficultés scolaires ou sociales à l'école). Les questions du DISC-2.25 portent sur la période des six derniers mois.

L'instrument a été traduit en français et ses propriétés psychométriques ont été analysées dans le cadre de l'EQSMJ (1992). La fidélité de la version française du DISC-2.25 a été examinée par Breton et ses collaborateurs (1998), dans une étude effectuée auprès de 260 parents d'adolescents et de 145 adolescents. L'intervalle entre le test et le re-test variait de sept à 21 jours. Les résultats de la fidélité test-retest (évaluée à l'aide du kappa) ont démontré des propriétés psychométriques acceptables pour le DISC-2.25. Pour la version pour adolescent, le kappa pour la présence d'au moins un trouble intériorisé est de 0,63. Selon les critères de Shrout (2002), un kappa de 0,63 est considéré modéré (« moderate »). Pour la version parent, le kappa pour la présence d'au moins un trouble intériorisé est de 0,49. Selon les critères de Shrout (2002), un kappa de 0,49 est considéré comme assez bon (« fair »). Les coefficients alpha de consistance interne de Cronbach (1951) varient de 0,70 à 0,90 selon le type de trouble intériorisé (version pour adolescent), et de 0,70 à 0,90 pour la version parent. Dans ce dernier cas, les coefficients alpha ont été calculés sur les données obtenues auprès des parents de l'ensemble de l'échantillon, soit les parents d'enfants de 6 à 14 ans (Breton et coll. 1998).

L'évaluation de la présence d'un trouble mental chez les jeunes

Dans le domaine de l'évaluation de la santé mentale des jeunes, il n'existe pas de « critère étalon » (« *gold standard* ») pour s'assurer de la présence d'un trouble mental. Le « critère étalon » réfère à une procédure par laquelle la présence d'un trouble peut être évaluée de façon exacte (valide) et précise (fiable), ou pour laquelle il n'existe aucun doute sur les résultats (Kraemer, 2003). Plusieurs informateurs (ex. le jeune lui-même, ses parents et ses enseignants) sont sollicités pour l'évaluation de la psychopathologie du jeune, surtout dans les études épidémiologiques à cause de la nature de l'évaluation de ces types de problèmes qui peut être sujette à l'erreur (Horton et coll., 1999). En effet, de multiples informateurs sont généralement impliqués dans les études épidémiologiques qui portent sur les enfants en particulier, parce que les chercheurs se questionnent sur la capacité des jeunes de fournir des informations fiables à cause de leur immaturité cognitive (Goldwasser et Fitzmaurice, 2001; Horton et coll., 1999). De plus, les construits psychologiques sont plus susceptibles de présenter des erreurs de mesure (Goldwasser et Fitzmaurice, 2001). L'évaluation par plusieurs personnes permet d'obtenir différentes perspectives. Par contre, il existe rarement un consensus entre les informateurs (Achenbach et coll., 1987).

Le désaccord entre informateurs

De nombreuses recherches ont été effectuées sur la concordance entre les évaluations faites par différents informateurs concernant la présence de troubles mentaux chez les jeunes (ex. : Achenbach et coll., 1987; Costello et coll., 1988, Edelbrock et coll., 1986, Herjanick et Reich, 1982, Weismann et coll., 1987). L'ensemble de ces études démontrent que l'accord entre les différents informateurs est généralement très faible. Le manque de consensus entre les informateurs est attribué au fait que ces derniers ont accès à des informations différentes selon le contexte. Par exemple, l'enseignant voit le jeune dans un contexte différent de celui du parent. Il a accès à d'autres informations qui auront une influence sur son évaluation du jeune. Selon Kraemer et coll. (2003), les estimations corrélationnelles de l'accord entre le parent et l'enseignant se situent aux alentours de 0,13 pour un trouble intériorisé, et de 0,32 pour un trouble extériorisé. Cela indique que les parents et les enseignants tendent à identifier les troubles extériorisés avec davantage

de concordance que les troubles intériorisés. Ce résultat n'est pas surprenant, car les symptômes des troubles extériorisés sont plus facilement observables que ceux des troubles intériorisés. Par exemple, les symptômes d'un trouble extériorisé tel que l'hyperactivité avec déficit de l'attention (« avoir de la difficulté à rester assis dans la classe ou dans d'autres situations où l'enfant devrait rester assis ») sont plus facilement observables que ceux associés à la dépression (par exemple : sentiments de culpabilité).

De plus, le problème du désaccord inter-informateurs est particulièrement prononcé dans l'évaluation des jeunes parce que leurs comportements sont influencés en grande partie par leur environnement (Verhulst, 1995 tel que cité dans Horton et coll., 1999) et par le fait que l'expression de la psychopathologie pourrait varier selon le contexte (Goldwasser et Fitzmaurice, 2001). Finalement, les perspectives et les biais de l'informateur qui influencent leurs jugements, les caractéristiques du jeune et, finalement, l'erreur de mesure, pourraient également contribuer au désaccord inter-informateurs (Kraemer et coll., 2003).

La solution au problème du désaccord inter-informateurs

Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la façon de résoudre le problème du désaccord inter-informateurs pour l'évaluation de la psychopathologie chez les jeunes. Aucune étude n'est parvenue à identifier quel serait le meilleur informateur pour évaluer la présence d'un trouble mental chez le jeune; il n'existe actuellement pas de solution ou de critère-étalon (« gold standard ») au problème de mesure des troubles chez les jeunes. Certains auteurs (ex : Goldwasser et Fitzmaurice, 2001, Fitzmaurice et coll., 1995) discutent des stratégies pour prendre en considération ce problème, comme celle de choisir un répondant « optimal » pour l'évaluation. Par contre, il n'existe pas de critère pour décider qui serait le répondant idéal. L'utilisation de plusieurs informateurs pour l'évaluation est donc une alternative pour faire face à ce problème. En contrepartie, le défi que pose l'utilisation d'évaluations provenant de plusieurs informateurs est l'analyse et la synthèse des résultats (Goldwasser et Fitzmaurice, 2001), étant donné que les prévalences des troubles mentaux, ainsi que les variables associées, varieront d'un informateur à l'autre.

L'analyse des données provenant de multiples informateurs

Comme il n'y a pas de consensus sur la manière d'analyser les évaluations provenant de multiples informateurs, trois méthodes principales sont proposées dans la littérature pour analyser ces données: (1) combiner les évaluations des différents informateurs, (2) inclure les évaluations provenant des différents évaluateurs simultanément dans un seul modèle ou (3) analyser les évaluations de chaque informateur séparément.

La combinaison des informateurs

Deux principales stratégies permettent de combiner des évaluations provenant de différents informateurs. La première consiste à combiner les évaluations (« *aggregate* ») afin d'en arriver à une seule distribution d'évaluations. Ainsi, une façon de faire est d'utiliser une approche de consensus qui implique l'inclusion d'un troisième répondant lorsque les deux premiers ne sont pas concordants, ou d'amener les deux répondants à parvenir d'eux-mêmes à un consensus (Horton et coll. 1999). Dans le cadre d'une étude épidémiologique, cette approche implique beaucoup de coordination et de temps supplémentaire et, donc, n'est pas nécessairement très réaliste ni pratique.

La deuxième stratégie consiste à utiliser des règles de combinaison telles que le « ET » (AND) et « OU » (OR). La règle du « OU » signifie que le jeune présente le trouble lorsqu'au moins un des informateurs l'indique. Avec la règle du « ET », on considère que le jeune présente un trouble uniquement dans le cas où plus d'un répondant l'indique comme présent (Horton et coll. 1999). Selon Goldwasser et Fitzmaurice (2001), le désavantage de l'une ou l'autre de ces règles est une sur- ou sous-estimation de la prévalence de la psychopathologie. Ces auteurs discutent des effets négatifs associés à ces règles de combinaison: (1) la transformation idéale pour la combinaison des données dépend du type d'erreur de mesure et, jusqu'à présent, il n'existe pas de consensus sur la manière de résoudre ce problème, (2) la combinaison des données ne permet pas d'apprécier correctement les différences potentielles entre les facteurs de risque en fonction des informateurs, et (3) les règles pour l'application des algorithmes dans le cadre des stratégies de combinaison de données ne sont pas claires lorsqu'il y a des données manquantes. La combinaison des évaluations provenant de différentes sources

ne permet donc pas de résoudre le problème du désaccord inter-informateur expliqué plus haut. L'approche de combinaisons ignore le problème au lieu de le résoudre.

L'inclusion des évaluations dans un seul modèle

La deuxième méthode proposée pour l'analyse des évaluations provenant de différents informateurs a été proposée par Goldwasser et Fitzmaurice (2001). Il s'agit d'inclure simultanément les évaluations provenant de différents informateurs dans un seul modèle. On utilise la régression linéaire multiple lorsque la variable dépendante est continue, et la régression logistique multiple lorsqu'elle est dichotomique. Selon Goldwasser et Fitzmaurice (2001), l'utilisation d'une méthode multivariée permet de vérifier pour des différences dans la variable dépendante et d'évaluer si l'effet d'un facteur de risque varie selon l'informateur. Selon ces auteurs, cette méthode améliore la précision de l'estimation et diminue possiblement le biais de sélection associé aux données manquantes. Cependant, la performance de la méthode dépend des présupposés du modèle. Par exemple, l'amélioration de la précision et la réduction du biais de sélection dépendent de la force d'association entre les informateurs et de l'homogénéité de ces associations (i.e. le modèle suppose que la force d'association entre les informateurs ne dépend pas des caractéristiques des sujets). Étant donné l'état des connaissances dans le domaine, nous savons que ces deux présupposés sont peu réalistes. Premièrement, il est reconnu que l'accord entre les différents informateurs est, en général, très faible. Deuxièmement, on peut s'attendre à ce que la force de l'association entre les informateurs ne soit pas homogène. Ainsi, il est possible que la force de l'association varie selon le sexe ou même selon la qualité de la relation parent-enfant.

Également, malgré cette méthode proposée par Goldwasser et Fitzmaurice (2001), les résultats peuvent être différents selon les informateurs et, d'autre part, lorsque la méthode produit une estimation commune pour les deux informateurs, elle n'est pas nécessairement basée sur les mêmes évaluations (i.e. cas positifs). Ainsi, cette méthode ne résout pas vraiment le problème du désaccord inter-informateur. En fait, l'approche proposée par Goldwasser et Fitzmaurice (2001) semble dissimuler le problème plutôt que de le résoudre.

Analyser les évaluations de chaque informateur séparément

Une troisième méthode pour traiter les évaluations des informateurs est d'effectuer des analyses séparément pour chacun d'eux (Horton et coll. 1999). Ainsi, cette stratégie considère chaque évaluation (variable dépendante) de façon distincte. Goldwasser et Fitzmaurice (2001) discutent des avantages et des inconvénients associés à cette approche : (1) les analyses séparées génèrent souvent des résultats variables et ne permettent pas de tenir compte de cette variabilité adéquatement, (2) lorsque les résultats sont pas suffisamment concordants, il n'existe pas de façon simple de synthétiser les résultats et, finalement, (3) en présence de données manquantes (i.e., pour un sujet donné, l'évaluation de l'informateur A est présente, mais celle de l'informateur B est absente), des analyses séparées peuvent s'appuyer sur des sous-ensembles différents de données. Le fait que cette approche puisse produire des résultats variables selon l'informateur peut être considéré comme une richesse car elle permet d'identifier des variables associées spécifiques à chaque informateur, ce qui n'aurait pas été démontré autrement.

Comme déjà mentionné, l'absence de consensus implique qu'aucune des méthodes n'a été démontrée comme étant la meilleure (Bergeron et coll. 2000; Renk, 2005). Par prudence, plusieurs chercheurs suggèrent d'analyser séparément par informateur jusqu'à ce qu'une stratégie soit reconnue dans la littérature comme étant meilleure et soit acceptée comme étant le « critère étalon » (Bergeron et coll., 2000, 2007a; Renk, 2005).

Le désaccord inter-informateurs et la présente étude

Étant donné l'absence de consensus dans la littérature et notre incapacité à régler ce problème présentement, nous proposons d'utiliser la stratégie qui consiste à analyser séparément les évaluations de chaque informateur. Nous favorisons cette approche car elle est conservatrice et évitera la transformation des distributions des données. Cette méthode semble être celle qui cache moins le problème du désaccord inter-informateurs. Ainsi, nous proposons de recourir indépendamment à : (1) l'évaluation faite par l'adolescent de sa santé mentale, et (2) l'évaluation faite par le parent de la santé mentale du jeune. Pour ce qui est des analyses, nous prévoyons la construction de deux modèles multivariés de régression logistique afin d'identifier les caractéristiques associées aux

troubles intériorisés. Dans chacun de ces modèles, la variable dépendante sera définie par la présence (ou l'absence) d'au moins un trouble intériorisé chez le jeune (Dépression majeure, Dysthymie, Anxiété généralisée ou Hyperanxiété, Angoisse de séparation, Phobie simple avec difficulté d'adaptation) selon l'informateur adolescent (Modèle 1) et selon l'informateur parent (Modèle 2).

2.3.2 Variables indépendantes : Variables associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents

Les variables indépendantes incluses dans l'EQSMJ sont classées en trois catégories : les caractéristiques individuelles, familiales et sociodémographiques/socio-économiques. Les variables ont fait l'objet de cette catégorisation pour fins de compréhension, en lien avec les modèles théoriques tels que celui de Bronfenbrenner (1979). Une sélection provisoire des variables pour la présente étude a été faite en fonction des résultats obtenus par Bergeron et coll. (2000) lors de l'analyse de l'ensemble des variables associées aux troubles mentaux des jeunes. À quelques exceptions près, les variables sélectionnées pour notre étude sont celles qui sont fortement (ratio de cotes supérieur ou égal à 4) ou modérément (ratio de cote variant de deux à quatre) associées aux troubles intériorisés et de façon consistante dans les trois groupes d'âge ciblés (6 à 8 ans, 9 à 11 ans, 12 à 14 ans). De plus, quelques variables ont été retenues en raison de leur importance démontrée dans la littérature (ex. : soutien social, relation de couple, etc.).

La sélection des variables est la suivante. Les caractéristiques individuelles du jeune comportent quatre variables, soit l'âge, le sexe, la présence d'une maladie physique chronique et la compétence sociale. Les caractéristiques familiales comportent six variables, soit la structure familiale, la position du jeune dans la fratrie, la présence d'une psychopathologie parentale, la relation parent-enfant, la relation de couple et le soutien social parental. Finalement, les caractéristiques socio-démographiques incluent deux variables, soit la scolarité du parent (mère et père) et le revenu familial.

Une description de chaque variable et des principales propriétés psychométriques est présentée dans les sections suivantes. Cette information provient du volume sur la méthodologie de l'EQSMJ (Valla et coll., 1997).

2.3.2.1 Caractéristiques individuelles

Selon Bergeron et coll. (2000), quatre caractéristiques individuelles du jeune se sont avérées fortement ou modérément associées (effet principal ou en interaction avec une autre variable) à la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les jeunes: l'âge, le sexe, la maladie physique chronique et la compétence sociale.

L'âge et le sexe

L'âge (12, 13 et 14 ans) et le sexe sont considérés comme des indicateurs biologiques de développement.

La maladie physique chronique

La maladie physique chronique du jeune a été évaluée (période visée : les six mois précédant l'EQSMJ) au moyen de: (1) une liste de 30 problèmes de santé qui provient de la Classification internationale de maladies, 9^{ième} révision (CIM-9, 1977) et le *Service Utilization and Risk Factor Interview* (SURF : Child ECA Project, 1990); (2) trois questions sur la réduction de l'autonomie du jeune face à ses activités; (3) une estimation de la prise de médicaments associée à la maladie pendant la dernière semaine. L'approche utilisée s'appuie sur celle élaborée pour l'Enquête Santé Québec effectuée en 1987. La variable présente trois niveaux (1-aucune maladie, 2-maladie(s) sans diminution de l'autonomie ou prise de médicaments ou 3- maladie(s) avec diminution de l'autonomie ou prise de médicaments).

La compétence sociale

La compétence sociale du jeune a été mesurée à partir de trois items provenant du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach et Edelbrock, 1983). Les questions portent sur la participation aux activités de groupes (fréquence pendant les derniers six mois), le nombre d'amis et la fréquence de participation à des activités avec les amis lors de la dernière semaine. La compétence sociale de l'adolescent a été mesurée auprès du jeune et de son parent (deux informateurs). L'instrument présente de bonnes propriétés psychométriques. Ainsi, une étude de validation avec 2,200 parents d'enfants (six à 16 ans) a démontré des différences significatives entre les sujets de la population générale et des sujets référés à une clinique externe de psychiatrie. Une étude de fiabilité (intervalle

de test-retest d'une semaine) effectuée auprès de 72 mères de jeunes a démontré des coefficients de corrélation intra-classe de 0,99. La métrique de la variable est continue et le score est établi sur une échelle de 19 points. L'information sur les propriétés psychométriques provient du volume sur la méthodologie de l'EQSMJ (Valla et coll., 1997).

2.3.2.2 Caractéristiques familiales

Dans Bergeron et coll. (2000), quatre variables se sont avérées fortement ou modérément associées (en effet principal ou en interaction avec d'autres variables) aux troubles intériorisés chez les jeunes : la psychopathologie du parent répondant, la relation parent-enfant, la position du jeune dans la fratrie et la structure familiale. Même si le soutien social parental tel que perçu par le parent, ainsi que la relation de couple n'ont pas été identifiés comme d'importantes variables associées aux troubles intériorisés chez les jeunes, nous retenons quand même ces variables étant donné la place qu'elles occupent dans des modèles théoriques, comme celui de Bronfenbrenner (1979), et le rôle indirect qu'elles peuvent jouer.

La psychopathologie parentale

Le *Diagnostic Interview Schedule Self-Administered* (DISSA) (Kovess et Fournier, 1990) a été utilisé afin de mesurer les troubles psychologiques chez le parent. Cinq troubles sont évalués : l'épisode dépressif majeur, la phobie simple, l'agoraphobie, le trouble de panique et l'anxiété généralisée. Le DISSA est une version abrégée du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et coll., 1981) élaboré en fonction des critères du DSM-III. La validité de l'instrument a été évaluée avec un échantillon de 237 adultes. Les résultats du DISSA ont été comparés aux résultats au DIS et aux diagnostics posés par un psychiatre (grille d'évaluation basée sur le DSM-III). Les kappas calculés pour évaluer le niveau d'accord entre le DISSA et le DIS varient de 0,36 pour la phobie simple à 0,54 pour le trouble de panique. Le niveau d'accord entre le DISSA et l'évaluation psychiatrique est de 0,56 pour l'épisode dépressif majeur, et de 0,47 pour l'anxiété généralisée (Kovess et Fournier, 1990). Il est à noter qu'à l'exception de l'anxiété généralisée, les diagnostics du DISSA nécessitent la présence de difficultés signalées par le fait d'en avoir parlé avec un médecin ou un autre professionnel, ou la

prise de médicaments, ou encore de la gêne dans la vie ou les activités. Dans l'EQSMJ, la psychopathologie du parent est une variable dont la métrique peut être dichotomique (présence ou absence d'au moins un trouble).

La structure familiale

La structure familiale a été mesurée à partir de questions posées au parent répondant concernant le nombre de personnes vivant au foyer au cours des six derniers mois et leur lien avec l'enfant-cible. Dans l'EQSMJ (1992), ainsi que dans la présente étude, on n'a pas systématiquement attribué un statut de parent au conjoint du parent. En effet, le statut de parent était attribué uniquement s'il y avait un lien biologique ou d'adoption avec l'enfant. La variable est de type catégoriel avec trois catégories (famille biologique ou adoptive, famille monoparentale, famille reconstituée).

La position dans la fratrie

La position du jeune dans la fratrie a été déterminée par une question posée au parent. La variable se définit par la présence ou l'absence de frères et/ou sœurs, et le rang dans la fratrie (si applicable). Le statut de frère ou de sœur se limite à la fratrie biologique, adoptive, ou des demi-frères ou des demi-sœurs. Les enfants d'un conjoint n'ont pas reçu le statut de frère ou de sœur. Les définitions des liens familiaux s'inspirent du *Service Utilization and Risk Factor Interview* (SURF : Child ECA Project, 1990). La variable est de type catégoriel avec quatre catégories (enfant unique, premier-né, deuxième, troisième ou plus).

Le soutien social au parent

La mesure de soutien social évalue la perception du parent face à l'aide reçue à l'égard de son rôle parental. L'aide peut provenir d'un conjoint ou d'une autre personne. Les questions sont basées sur des concepts de soutien social définis par Barrera (1981), soit le soutien émotionnel (écoute l'enfant, le réconforte, lui démontre la tendresse, de l'amitié), instrumental (accompagne l'enfant aux activités, aide le jeune à faire ses travaux d'écoles) ou normatif (exprime les accords ou les désaccords), et proviennent d'un questionnaire développé par Bouchard et Desfossés (1989). Six items de ce questionnaire ont été inclus dans une analyse factorielle réalisée lors de l'étude pilote de

l'EQSMJ (Bergeron et coll., 1992a; Bergeron et coll., 1992b). Trois items ont été retenus pour évaluer la perception du parent de la fréquence de l'aide en provenance du conjoint pour les soins à l'enfant. La variable est de type continu et le score est établi sur une échelle de 9 points.

La relation de couple

La qualité de la relation de couple a été évaluée à l'aide du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier, 1976). Une version française de l'instrument a été développée par Baillargeon et coll. (1986). Les questions portent sur les six derniers mois et évaluent la relation du parent répondant avec son conjoint, avec lequel il a vécu pendant au moins la dernière année. Le DAS inclut quatre sous-échelles : le consensus, la satisfaction, la cohésion et l'expression de l'affectivité. L'instrument original (Spanier, 1976) présente des propriétés psychométriques acceptables. Ainsi, 218 couples mariés et 94 sujets divorcés ont participé à l'étude de validation et de fiabilité. L'étude a démontré une très bonne consistance interne pour l'ensemble des items (coefficient alpha de Cronbach = 0,96) et acceptable pour les sous-échelles (coefficient alpha de Cronbach variant de 0,73 à 0,94). Soixante-seize couples Québécois ont participé à l'étude des propriétés psychométriques de la version française. L'analyse factorielle confirme les facteurs identifiés par Spanier (1976) : consensus, satisfaction et cohésion. La version française présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0,91). Le questionnaire génère cinq scores indépendants : un pour chaque sous-échelle et un pour le score total. La variable est de type continu.

La relation parent-enfant

Le Questionnaire sur les comportements et attitudes des parents (QCAP; Bergeron et coll., 1993) est utilisé dans l'EQSMJ pour évaluer la perception, par le parent (93% de mères, dont 91 % sont des mères biologiques), de ses comportements et attitudes envers son jeune, de même que la perception, par l'adolescent, des comportements et des attitudes de sa mère et de son père. Dans ce questionnaire, la relation parent-enfant réfère aux soins que le parent prodigue à son enfant (le soutien émotionnel, instrumental et l'encouragement), le système de discipline utilisé par le parent (les comportements de contrôle, la punition) et, finalement, l'encouragement de

l'autonomie du jeune. L'évaluation de la relation parent-enfant (comportements et attitudes parentales) occupe une place particulière dans l'ensemble des variables, car elle constitue le point central de la problématique de notre étude.

Trois indicateurs du QCAP sont utilisés : (1) la perception de la relation parent-adolescent par le parent; (2) la perception de la relation mère-adolescent par l'adolescent; (3) la perception de la relation père-adolescent par l'adolescent. La période de référence visée est celle des six derniers mois. Le parent répondant remplit le questionnaire en format auto-administré, tandis que le jeune est questionné en entrevue par l'interviewer. L'instrument comporte 23 items évalués à l'aide d'une échelle de 4 points de type Likert.

Le questionnaire génère trois scores indépendants pour la version parent, soit un pour chaque sous-échelle (soins, punition, autonomie). Pour la version adolescent, trois scores (soins, punition, autonomie) sont générés pour la perception de la relation avec la mère, et trois autres (soins, punition, autonomie) pour la perception de la relation avec le père. Ainsi, nous avons accès non seulement à l'évaluation du parent répondant, mais également à celle, par l'adolescent, de sa relation avec ses deux parents (mère et père indépendamment) lorsque la situation le permet, c'est-à-dire lorsque le parent-cible a vécu avec le jeune au cours d'au moins la dernière année. Cependant, nous ne disposons pas de critère externe ou étalon pour établir la validité de ces différentes perceptions, comme pourraient l'être des données provenant d'observateurs indépendants d'interactions réelles entre les parents et leur jeune adolescent (Gonzales, Cauce & Mason, 1996). Étant donné l'important désaccord entre jeune et parent lorsqu'il est question d'établir la présence (ou l'absence) d'un trouble mental, ce phénomène doit également se manifester lorsqu'il est question de l'évaluation de la relation parent-enfant. Toutefois, il faut rappeler que le degré d'accord ou de désaccord entre l'adolescent et son parent sur la fréquence des comportements et attitudes parentales ne constitue pas un objectif de recherche dans la présente thèse. Les perceptions des jeunes adolescents et de leur parent sont donc analysées séparément.

Lors de la planification de l'EQSMJ (1992), une revue de la littérature des mesures de la relation parent-enfant a été effectuée. Cette recension a permis d'identifier trois grandes dimensions des conduites parentales : (1) les soins apportés à l'enfant, (2)

l'autonomie *versus* la surprotection, et (3) les techniques disciplinaires. Cependant, à cette étape de la préparation de l'EQSMJ, aucune mesure évaluant ces trois dimensions et appropriée au contexte d'une enquête épidémiologique n'était disponible. Le QCAP a donc été développé par Bergeron et coll. (1993) pour l'EQSMJ.

Le QCAP s'inspire des items du Parent Behavior Questionnaire (PBQ) développé par Bronfenbrenner et validé par Seligman (1965), de même que des catégories d'autonomie du Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS) de Sparrow et coll. (1984). Comme indiqué plus haut, le QCAP comporte les concepts les plus fréquemment mentionnés dans la littérature à propos de la relation parent-enfant : le soutien donné au jeune (ex. d'item : « Faites-vous des activités ensemble (ex. jeux, sports, sorties, etc.) »), la discipline (comportements de contrôle, la punition) (ex. d'item : « Lorsque vous le punissez, est-ce que vous le privez de ce qu'il aime? »), et l'encouragement de l'autonomie du jeune (ex. d'item : « Est-ce que vous lui permettez de faire des courses (ex. à l'épicerie ou autre magasin) ? »).

Les propriétés psychométriques du QCAP sont vérifiées dans deux contextes différents, dont le premier est celui de l'étude pilote de l'EQSMJ (Bergeron et coll., 1992). L'analyse factorielle réalisée alors confirme trois facteurs, soit les comportements de soin du parent, les attitudes du parent favorisant l'autonomie du jeune et les comportements punitifs du parent. La fidélité test-retest (intervalle d'une semaine) est évaluée auprès d'un échantillon de parents ($n=130$) et d'adolescents ($n=59$). Les corrélations varient de 0,62 à 0,89 pour la version adolescente, et de 0,70 à 0,89 pour la version parent.

Par la suite, les propriétés psychométriques du QCAP sont à nouveau vérifiées, cette fois auprès de l'échantillon de l'EQSMJ. Les groupes d'âge (6 à 11 ans, 12 à 14 ans) sont considérés, ainsi que l'informateur, et le sexe du parent chez les adolescents (12 à 14 ans). Une analyse factorielle est effectuée pour vérifier la validité de l'instrument, utilisant les données colligées non seulement auprès des parents (1,537 enfants de 6 à 11 ans; 825 adolescents de 12 à 14 ans), mais aussi auprès des adolescents (805 mères; 693 pères). L'analyse confirme les trois facteurs identifiés à l'étude pilote (Bergeron et coll., 1992) pour 23 des 30 items examinés : 8 items pour les comportements de soin; 8 items pour les comportements punitifs et 7 items pour les attitudes favorisant l'autonomie. Les

trois facteurs dégagés, soit les comportements de soin, les attitudes favorisant l'autonomie du jeune et les comportements punitifs, constituent trois scores indépendants. Les coefficients de saturation entre les items et les facteurs varient de 0,38 à 0,76. Le pourcentage de variance expliquée par ces trois facteurs s'étend de 31% à 38% selon le sous-échantillon considéré. La consistance interne de l'instrument, étudiée auprès des échantillons décrits ci-haut, s'avère acceptable (coefficients alpha de Cronbach : 0,65 à 0,83). Finalement, la fidélité test-retest est évaluée auprès de 265 parents (jeunes de 6 à 14 ans) et de 147 adolescents. Les coefficients de corrélations intra-classe générés varient de 0,52 à 0,65 et de 0,70 à 0,88 selon les composantes et l'informateur. Selon Bergeron et coll. (1993), les propriétés psychométriques du QCAP se comparent avantageusement à celles d'autres mesures de la relation parent-enfant.

Une étude de validité de critère du QCAP est également effectuée, dont le but est de s'assurer que l'instrument évalue effectivement ce qu'il est censé mesurer. Dans cette étude, on demande aux participants (198 parents (100 mères, 98 pères) et 168 adolescents de 12 à 14 ans) d'élaborer verbalement leurs réponses positives aux items de la mesure; les verbatim sont consignés par écrit. La stratégie d'analyse consiste à comparer les réponses positives des participants au QCAP au jugement posé par trois juges indépendants sur la présence ou l'absence d'une réponse positive à partir des verbatim des participants. En d'autres termes, le rôle du juge est d'évaluer si l'élaboration verbale du répondant sur sa réponse positive correspond effectivement à la question qui lui a été posée. Les résultats préliminaires se révèlent satisfaisants et seront publiés prochainement (L. Bergeron, communication personnelle, le 23 octobre, 2008). De plus, les mesures de la relation parent-enfant publiées sont rarement (sinon jamais) validées par un processus comme celui décrit ci-dessus; on tend plutôt à privilégier l'analyse factorielle (L. Bergeron, communication personnelle, le 23 octobre 2008).

Finalement, toujours à partir de l'échantillon de l'EQSMJ, des normes sont établies pour les trois sous-échelles (soins, autonomie, punition) du QCAP selon : (1) le sexe et (2) le groupe d'âge du jeune (6-8 ans, 9-11 ans, 12-14 ans). Pour ce faire, un score standardisé (score Z) est calculé pour chaque item des trois sous-échelles. Les scores Z sont ensuite additionnés et standardisés selon le sexe et par groupe d'âge. Les scores Z sont traités comme des variables de type continu dans les analyses multivariées

subséquentes (Bergeron et coll., 2007a). Ce sont les normes pour les adolescents de 12 à 14 ans qui sont retenues ici.

2.3.2.3 Caractéristiques sociodémographiques/socio-économiques

Deux variables sont retenues parmi les caractéristiques socio-démographiques, soit la scolarité des parents et le revenu familial. Dans l'EQSMJ, la scolarité des parents s'est avérée associée à la présence d'un trouble intériorisé chez les adolescents (Bergeron et coll., 2000). Le revenu familial s'est révélé fortement associé à la présence d'un trouble mental intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans (Bergeron et coll., 2000).

Scolarité du parent

Des questions (et catégories) provenant de l'Enquête Santé Québec de 1987 ont été utilisées pour déterminer le niveau de scolarité atteint par parent. Cette variable comporte trois catégories : (1) Secondaire V ou moins; (2) Collégial ou l'équivalent; (3) Universitaire. La scolarité de la mère et celle du père sont traitées séparément.

Revenu familial

La question qui porte sur le revenu familial inclut une catégorisation (11 groupes) du revenu qui s'inspire des autres enquêtes de Santé Québec réalisées en 1987 et en 1992-1993 (Valla et coll., 1997). Le revenu brut a été regroupé en catégories à partir d'un indice de revenu suffisant créé par R. Wilkins de la Division de la Santé de Statistiques Canada. Cette variable prend en compte le revenu familial et le nombre d'individus qui habitent au foyer. Quatre catégories ont été utilisées pour définir cette variable, et sont: (1) un revenu moyen-supérieur et élevé (représente au moins deux fois le revenu maximum des pauvres), (2) un revenu moyen-inférieur (représente entre une et deux fois le revenu maximum des pauvres), et (3), un revenu pauvre correspond au seuil de faible revenu pour une zone de résidence de 500,000 habitants ou plus, tel qu'élaboré par Statistique Canada en 1991, (4) un revenu très pauvre correspond à 60% du revenu maximum des pauvres (la majorité des effectifs dans cette catégorie correspondent aux bénéficiaires de l'assistance sociale) (voir Valla et coll., 1997) pour plus d'information sur cette variable).

2.4 Méthodologie d'analyse

2.4.1 Devis de recherche

L'étude consiste en une analyse secondaire des données de l'EQSMJ (1992). De type transversal, l'approche de l'EQSMJ est épidémiologique, descriptive et exploratoire. L'échantillon original de l'EQSMJ comportait 2,400 jeunes répartis en trois groupes d'âge : 6-8 ans, 9-11 ans et 12-14 ans. La présente étude porte sur un sous-échantillon (n=825) représentatif de la population des adolescents de 12 à 14 ans du Québec en 1992.

2.4.2 Méthodes statistiques

La principale méthode d'analyse statistique est l'analyse de régression logistique multivariée qui permettra d'examiner la force d'association entre les variables indépendantes et les troubles mentaux intériorisés des adolescents. Cependant, plusieurs analyses préliminaires seront effectuées afin de s'assurer du respect de certains présupposés de la régression logistique. De plus, ces analyses permettront de finaliser la sélection et la définition des variables, et de présélectionner les variables d'interaction afin de réduire leur nombre, même lorsqu'on considère la taille de l'échantillon (n=825).

2.4.2.1 Analyses préliminaires

Une première série d'analyses est réalisée afin de vérifier : (1) la distribution des variables, (2) les prévalences en fonction des catégories de chaque variable prédictive. Pour les variables catégorielles, il s'agit de s'assurer de l'absence de cellules vides (i.e. une catégorie ne comptant que des cas négatifs ou positifs). Pour les variables continues, il s'agit de vérifier la forme de la relation : linéaire, quadratique, etc.

Une deuxième série d'analyses consiste à examiner les relations entre les variables indépendantes afin d'éviter les problèmes liés à la colinéarité. Les mesures d'association retenues pour ces analyses sont : (1) le coefficient de corrélation de Pearson pour mesurer l'association entre deux variables continues, (2) le coefficient de corrélation multiple (à partir d'un modèle de régression linéaire) pour mesurer l'association entre une variable continue et une variable catégorielle, et (3) le coefficient V de Cramer pour mesurer l'association entre deux variables catégorielles. Chacun de ces coefficients prend des valeurs entre 0 et 1, pouvant atteindre 1 lorsque l'association est parfaite.

Une troisième série d'analyses consiste à présélectionner les interactions entre la relation parent-enfant et les autres variables indépendantes. Pour ce faire, des modèles de régression logistique bivariés sont construits. Des problèmes de colinéarité sont à prévoir lorsqu'un modèle multivarié contient plusieurs interactions impliquant la même variable. Suite à la construction des modèles de régression bivariés, seules les interactions significatives à $p < 0,10$ sont retenues pour la construction des modèles de régression multivariés.

2.4.2.2 Modèles multivariés de régression logistique

L'objectif général de la démarche est d'examiner les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques du jeune (âge, sexe, position dans la fratrie, compétence sociale, psychopathologie parentale, structure familiale, soutien social, revenu, etc.) dans leur pouvoir de prédiction à l'égard des troubles intériorisés des adolescents. L'hypothèse générale est que la force d'association des variables associées, telle qu'évaluée par les rapports de cotes (ratios de prévalences), dépendra des niveaux de la variable « relation parent-enfant ».

Deux modèles multivariés de régression logistique sont construits afin d'identifier les caractéristiques associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents.

Construction des modèles multivariés de régression logistique

Rappelons que dans les deux modèles de régression, la variable dépendante est définie par la présence/absence d'au moins un trouble intériorisé selon l'informateur jeune (Modèle 1) et selon l'informateur parent (Modèle 2). Les variables indépendantes sont constituées des caractéristiques individuelles, familiales et sociodémographiques ou sociodémographiques du jeune, ainsi que les termes d'interaction de ces variables avec la relation parent-enfant ($p < 0,10$).

L'élaboration des modèles multivariés est réalisée au moyen d'une procédure par élimination (*backward*) selon une stratégie hiérarchique partageant les variables indépendantes en trois blocs distincts (caractéristiques individuelles, familiales, sociodémographiques et socio-économiques). L'ordre d'entrée des blocs de variables

s'appuie sur l'hypothèse suggérée dans la littérature par le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) selon laquelle les caractéristiques du jeune et de sa famille ont un effet plus direct sur le jeune que les caractéristiques socio-économiques ou socio-démographiques. Il est nécessaire de vérifier d'abord la présence d'effets d'interaction entre les variables. En effet, s'il y a une interaction significative, il n'est pas possible d'interpréter les effets principaux; les effets d'interaction doivent être décomposés pour interpréter adéquatement l'effet des variables. Pour ce faire, les variables (interactions et effets principaux) du premier bloc sont entrées dans le modèle puis elles sont exclues une à une, en commençant par les interactions, jusqu'à ce que toutes les variables retenues respectent, soit en effet principal, soit comme composante d'un effet significatif d'interaction, le critère de signification pré-établi de $p < ,05$ au test du rapport de vraisemblance. Ce processus de sélection est repris deux autres fois : (1) en ajoutant les variables du deuxième bloc (caractéristiques familiales) à celles retenues à l'étape précédente et (2) en ajoutant les variables du troisième bloc (caractéristiques socio-démographiques) à celles retenues à l'étape précédente.

Le test de Hosmer et Lemeshow sera utilisé pour vérifier l'ajustement du modèle final (Hosmer et Lemeshow, 1989). Un résultat significatif indiquerait un mauvais ajustement du modèle, c'est-à-dire qu'une partie des données (ex. : certains sous-groupes) serait moins bien représentée par le modèle.

La force des associations sera présentée en termes de rapports de cotes (RC), accompagnés de leur intervalle de confiance (IC) approximatif à 95%. Pour déterminer la force d'association, il est nécessaire de considérer la précision des estimations à partir des intervalles de confiance. Cependant, nous n'avons pas trouvé de règle universelle pour qualifier cette précision. Tout dépend de l'utilisation des résultats. Dans la présente thèse, il s'agit d'identifier des indicateurs de risque potentiels –particulièrement des interactions entre la relation parent-enfant et d'autres facteurs.

Ainsi, lorsque la limite inférieure d'un intervalle de confiance est très près du 1, cela indique une absence totale de précision concernant la force d'association. Une autre situation de manque de précision est lorsqu'on obtient un intervalle de confiance très large, ce qui peut être attribuable à un nombre réduit d'observations impliquées (ce qui

peut arriver dans les effets d'interaction). Dans les deux cas, le manque de précision doit être pris en compte dans l'interprétation.

Pour un modèle de régression logistique multivarié, les tailles d'effet (*effect size*) observées au niveau de chacune des variables indépendantes sont données par les rapports de cotes (RC), accompagnés par leur intervalle de confiance (IC).

Finalement, les variables associées sont interprétées non pas comme des facteurs de risque mais comme des indicateurs de risque puisque le lien de causalité entre les variables ne peut être déterminé.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Distribution des variables

Le Tableau 3.1 présente la description de notre échantillon en termes de caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques des jeunes. Nous résumons dans le texte les principaux résultats du tableau. Les effectifs de l'échantillon sont répartis de façon équivalente entre les trois groupes d'âge (12 ans : 33,9%; 13 ans : 33,4%; 14 ans : 32,7%); il en est de même pour le nombre de garçons (51,5%) et de filles (48,5%), tant dans l'ensemble de l'échantillon que dans les trois groupes d'âge. La plupart des adolescents vivent dans une famille biologique ou adoptive (73,3%), tandis que 16% d'entre eux vivent dans une famille monoparentale et 10,9% dans une famille reconstituée. La majorité des mères (67,6%) et des pères (63,3%) présentent un niveau de scolarité correspondant au Secondaire V ou moins. La proportion de pères ayant fait des études universitaires est plus élevée que chez les mères (17,6% et 10,5% respectivement). Environ une famille sur quatre (24,3%) est catégorisée comme étant pauvre.

Le Tableau 3.2 présente les prévalences des troubles intériorisés selon l'informateur et le sexe. On constate que la prévalence globale (au moins 1 trouble) varie selon l'informateur : 14,2% de l'échantillon présente au moins un trouble intériorisé selon l'adolescent, comparativement à 13,7% selon le parent.

3.2 Analyses préliminaires

Rappelons que la première série d'analyses préliminaires consiste à vérifier : (1) la normalité de la distribution des variables, et (2) les prévalences en fonction des catégories de chaque variable prédictive. Les résultats de cette première série d'analyses démontrent que la distribution des données est normale. Ils démontrent également que les relations entre les variables sont linéaires et qu'il n'y a aucune cellule vide.

La deuxième série d'analyses préliminaires consiste à examiner les relations entre les variables prédictives afin d'éviter les problèmes liés à la colinéarité. Les résultats de cette série d'analyses confirment que les associations entre les variables sont suffisamment faibles pour considérer qu'il n'y aura pas de problème important de colinéarité dans les analyses multivariées ultérieures.

Finalement, la troisième série d'analyses consiste à présélectionner les interactions impliquant la relation parent-adolescent et les autres variables prédictives, au moyen de modèles bivariés de régression logistique (résultats en annexe). Suite à la construction de 180 modèles bivariés, nous avons retenu les interactions significatives à $p \leq 0,10$. Celles-ci sont présentées en considérant chacune des deux variables dépendantes.

Le Tableau 3.3 présente les 19 interactions significatives obtenues dans les modèles bivariés de prédiction des troubles intériorisés rapportés par le jeune adolescent. Parmi celles-ci, huit concernent les comportements parentaux qui encouragent l'autonomie, six concernent les comportements de soin et cinq concernent les comportements punitifs.

Pour l'informateur parent (Tableau 3.4), 16 interactions significatives ont été sélectionnées à partir des modèles bivariés. Parmi celles-ci, deux concernent les comportements parentaux qui encouragent l'autonomie, neuf concernent les comportements de soin et cinq impliquent les comportements punitifs.

En considérant l'ensemble des résultats, notons que les interactions significatives les plus nombreuses impliquent les comportements de soin du parent (15/35 ou 43%), suivies par les comportements favorisant l'autonomie (10/35 ou 29%) et, finalement, les comportements punitifs (10/35 ou 29%). Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que

la moitié des interactions retenues (17/35 ou 49%) implique la relation parent-enfant telle que rapportée par l'adolescent.

3.3 Modèles multivariés de régression logistique

Deux modèles multivariés de régression logistique sont construits afin d'identifier les caractéristiques associées aux troubles intériorisés des adolescents et pour vérifier la présence d'interaction entre la relation parent-enfant et les autres variables prédictives.

Rappelons que la variable dépendante est définie par la présence/absence d'au moins un trouble intériorisé (phobie simple + au moins une difficulté d'adaptation, hyperanxiété-anxiété généralisée, angoisse de séparation, épisode dépressif majeure-dysthymie), d'abord selon l'informateur adolescent (Modèle 1), puis selon l'informateur parent (Modèle 2). Les variables indépendantes sont constituées des caractéristiques personnelles, familiales et socio-économiques/démographiques de l'adolescent, ainsi que des termes d'interaction ($p \leq 10$) entre ces variables et la relation parent-adolescent identifiés lors des analyses préliminaires.

L'élaboration des modèles multivariés a été réalisée au moyen d'une procédure par élimination (*backward*) selon une stratégie hiérarchique partageant les variables indépendantes en trois blocs distincts (caractéristiques personnelles, de la famille, socio-économiques/démographiques). Dans un premier temps, seules les variables du premier bloc sont entrées dans le modèle puis exclues une à une jusqu'à ce que toutes les variables retenues respectent le critère de signification préétabli ($p < 0,05$ au test du rapport de vraisemblance). Ce processus de sélection est repris deux autres fois après avoir ajouté les variables des autres blocs. Le test de Hosmer et Lemeshow est utilisé pour vérifier l'ajustement du modèle final (Hosmer et Lemeshow, 1989).

La force des associations est présentée en termes de rapports de cotes (RC), accompagnés de leur intervalle de confiance (IC) approximatif à 95%. Les variables associées sont interprétées comme des indicateurs de risque et non des facteurs de risque puisque le lien de causalité entre les variables ne peut être déterminé.

Les résultats significatifs du Modèle 1 (informateur adolescent) sont présentés au Tableau 3.5, et ceux du Modèle 2 (informateur parent) au Tableau 3.6. Notons que les

interactions sont présentées en premier, suivi des effets principaux. Le choix de présenter les résultats dans cet ordre respecte l'objectif de l'étude qui est d'examiner les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et les variables associées aux troubles mentaux intériorisés chez les adolescents.

3.3.1 Modèle 1 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon l'adolescent lui-même (14,2 %)

La prévalence globale pour les troubles mentaux intériorisés selon l'informateur adolescent lui-même est de 14,2%. Le Modèle 1 (informateur adolescent) révèle trois effets d'interaction et trois effets principaux significatifs à $p < .05$. L'ajustement de ce modèle a été examiné à l'aide du test de Hosmer et Lemeshow. Un résultat significatif indiquerait un mauvais ajustement du modèle (i.e. une partie des données serait moins bien représentée par le modèle). Dans le cas du Modèle 1, nous obtenons un χ^2 de 3.27, qui est non significatif ($p = .916$, $df = 8$).

Un premier effet d'interaction significatif est trouvé entre la structure familiale et les comportements de soin de la mère. La comparaison des différents niveaux des variables entre eux et la prise en compte des intervalles de confiance des rapports de cotes révèlent ce qui suit : parmi les jeunes adolescents qui perçoivent une fréquence élevée de comportements de soin chez leur mère, ceux vivant dans une famille reconstituée (vs une famille biparentale) ont presque quatre fois plus de chances ($RC = 3,77$) de présenter un trouble intériorisé. Par ailleurs, les jeunes adolescents qui perçoivent une fréquence faible de comportements de soin chez leur mère (vs une fréquence moyenne) ont plus de chances ($RC = 1,49$) de rapporter un trouble intériorisé, peu importe si ces jeunes vivent dans une famille monoparentale ou biparentale.

Les résultats montrent un deuxième effet d'interaction significatif, cette fois entre le rang dans la fratrie et les comportements maternels encourageant l'autonomie. Parmi les jeunes adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements maternels favorisant l'autonomie, ceux qui sont enfants uniques (vs premier-nés) ont presque quatre fois plus de chances ($RC = 3,83$) de présenter un trouble intériorisé. Cependant, les jeunes adolescents qui sont nés plus tardivement dans la fratrie (3^{ème} ou plus vs 1^{er}) ont presque

trois fois plus de chances ($RC=2,84$) de rapporter un trouble intériorisé, peu importe la fréquence de comportements maternels favorisant l'autonomie.

Finalement, un troisième effet d'interaction significatif est identifié entre le revenu familial et les comportements de soin du père. Parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements paternels de soins, ceux dont le revenu familial est moyen inférieur (*vs* revenu moyen-supérieur/riche) ont cinq fois plus de chances ($RC=5,34$) de présenter un trouble intériorisé. Cependant, parmi les familles au revenu moyen-supérieur/riche, les adolescents qui perçoivent une faible fréquence de comportements de soin chez leur père (*vs* une fréquence moyenne) ont deux fois plus de chances ($RC=2,27$) de présenter un trouble intériorisé.

Aucun effet d'interaction significatif n'est trouvé entre la relation parent-enfant et les caractéristiques individuelles suivantes : le sexe, l'âge, la maladie physique chronique et la compétence sociale de l'adolescent. Les résultats ne comportent par ailleurs aucun effet d'interaction significatif entre la relation parent-enfant et la psychopathologie parentale, le soutien social du parent ou la relation de couple. Finalement, aucun effet d'interaction significatif n'est trouvé entre la relation parent-enfant et la scolarité de la mère ou du père.

Parmi les trois effets principaux significatifs, notons celui du sexe. Plus spécifiquement, les filles présentent presque quatre fois plus de chances ($RC=3,89$) de présenter un trouble intériorisé (*vs* les garçons). Un effet principal pour la scolarité de la mère est aussi présent. Les adolescents de mères qui ont complété un secondaire V ou moins ont cinq fois plus de chances ($RC=5,05$) de présenter un trouble intériorisé comparativement à celles qui ont complété le collégial. Un dernier effet principal est identifié pour les comportements punitifs paternels. Les adolescents qui perçoivent une fréquence élevée de comportements punitifs paternels (*vs* une fréquence moyenne) ont plus de chances ($RC=1,39$) de présenter un trouble intériorisé.

Aucun effet principal significatif n'est identifié pour les autres caractéristiques : l'âge, la maladie physique chronique et la compétence sociale, la psychopathologie parentale, le soutien social du parent, la relation de couple, et le revenu familial.

3.3.2 Modèle 2 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon le parent (13,7%).

Rappelons que la prévalence globale pour les troubles mentaux intériorisés chez l'adolescent selon l'informateur parent est de 13,7%. Le Modèle 2 (informateur parent) révèle de nombreux effets principaux et d'interaction significatifs ($p < .05$). Comme à la section précédente, les interactions seront présentées en premier, suivies par les effets principaux. L'ajustement de ce modèle a été examiné à l'aide du test de Hosmer et Lemeshow. Un résultat significatif indiquerait un mauvais ajustement du modèle (i.e. une partie des données serait moins bien représentée par le modèle). Dans le cas du Modèle 2, nous obtenons un χ^2 de 5.43, qui est non significatif ($p = .71$, $df = 8$).

On note un effet d'interaction significatif entre l'âge du jeune et les comportements de soin du père. Les adolescents de 13 ans qui rapportent une fréquence faible de comportements de soin du père (vs une fréquence moyenne) ont trois fois plus de chances ($RC = 3,37$) de présenter un trouble intériorisé. Parmi les adolescents qui rapportent une fréquence moyenne de comportements de soin du père, ceux qui ont 12 ou 14 ans ont quatre fois plus de chances ($RC = 4,21$) de présenter un trouble intériorisé que ceux âgés de 13 ans. Parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements de soin du père, ceux qui ont 12 ou 14 ans présentent 16 fois plus de chances ($RC = 16,67$) de présenter un trouble intériorisé que les adolescents âgés de 13 ans. Cependant, ce dernier résultat manque de précision ($IC : 3,2 \text{ à } 86,5$).

Un deuxième effet d'interaction significatif a été trouvé entre le sexe du jeune et les comportements de soin de la mère. Ainsi, les filles qui perçoivent que leur mère offre une fréquence faible de comportements de soin (vs une fréquence moyenne) ont près de deux fois plus de chances ($RC = 1,81$) de présenter un trouble intériorisé. D'autre part, parmi les jeunes qui rapportent une fréquence faible de comportements de soin de la mère, les filles présentent presque quatre fois plus de chances ($RC = 3,88$) que les garçons de présenter un trouble intériorisé.

La compétence sociale des adolescents entre aussi en interaction avec les comportements de soin du parent, dans la prédiction des troubles intériorisés des jeunes. D'après les résultats, parmi les adolescents ayant un niveau de compétence sociale élevé

(selon l'informateur parent), ceux dont le parent rapporte une fréquence élevée de comportements de soin (vs une fréquence moyenne) ont deux fois plus de chances ($RC=2,31$) de présenter un trouble intériorisé. Parmi les jeunes dont le parent rapporte une fréquence faible de comportements de soin, ceux ayant un niveau faible de compétence sociale présentent deux fois plus de chances ($RC=2,50$) d'avoir un trouble intériorisé que ceux ayant un niveau moyen de compétence sociale.

L'interaction entre la scolarité de la mère et les comportements maternels qui favorisent l'autonomie révèle quatre comparaisons significatives. Parmi les adolescents dont la mère a un niveau de scolarité collégial ou universitaire, ceux qui perçoivent que leur mère offre peu de comportements favorisant l'autonomie (vs une fréquence moyenne) ont presque quatre fois plus de chances ($RC=3,62$) de présenter un trouble intériorisé. Parmi les adolescents qui perçoivent que leur mère offre moins de comportements favorisant l'autonomie, ceux dont la mère a un niveau de scolarité collégial ou universitaire (vs un Secondaire V ou moins) ont quatre fois et sept fois plus de chances ($RC=4,35$ et $RC=6,99$ respectivement), de présenter un trouble intériorisé. Finalement, parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements maternels favorisant l'autonomie, ceux dont la mère a un Secondaire V ou moins (vs collégial) ont quatre fois plus de chances ($RC=4,35$) de présenter un trouble intériorisé.

Finalement, l'interaction entre la scolarité de la mère et les comportements paternels qui favorisent l'autonomie démontre trois comparaisons significatives. Premièrement, parmi les jeunes dont la mère a un niveau de scolarité universitaire, ceux qui rapportent une fréquence élevée de comportements favorisant l'autonomie (vs une fréquence moyenne) ont neuf fois plus de chances ($RC=9,17$) de présenter un trouble intériorisé. Deuxièmement, parmi les jeunes qui perçoivent que leur père offre une fréquence élevée de comportements favorisant l'autonomie, ceux dont la mère a un niveau de scolarité universitaire (vs collégial) ont presque huit fois plus de chances ($RC=7,50$) de présenter un trouble intériorisé. Troisièmement, parmi les jeunes qui rapportent que leur père offre peu de comportements favorisant l'autonomie, ceux dont la mère est de niveau collégial ou moins (vs universitaire) ont 19 fois plus de chances

(RC=19,31) de présenter un trouble intériorisé. Ce résultat manque cependant de précision (IC : 4,62 à 80,79).

Aucun effet d'interaction significatif n'est trouvé entre la relation parent-adolescent et l'indice de santé physique du jeune. De même, les résultats ne démontrent aucun effet d'interaction avec le rang dans la fratrie, la psychopathologie parentale, la structure familiale, le soutien social du parent, la relation de couple, ou le revenu familial.

Parmi les effets principaux, notons celui pour l'indice de santé physique. Plus spécifiquement, les adolescents qui présentent une maladie physique chronique mais sans diminution de l'autonomie ou consommation de médicaments ont trois fois plus de chances (RC=3,36) de présenter un trouble intériorisé que les adolescents qui n'ont pas de maladie physique chronique. De plus, les adolescents qui présentent une maladie physique chronique avec diminution de l'autonomie ou consommation de médicaments ont six fois plus de chances (RC=6,08) de présenter un trouble intériorisé que les adolescents qui n'ont pas de maladie physique chronique.

La position dans la fratrie est significativement associée aux troubles intériorisés chez les adolescents. Les adolescents nés en troisième (ou plus) dans leur famille ont trois fois plus de risque (RC=3,64) de présenter un trouble intériorisé que les adolescents nés en premier ou en deuxième.

Un effet principal significatif est trouvé pour la psychopathologie parentale. Ainsi, les adolescents dont le parent répondant présente soit un trouble dépressif ou anxieux (phobie simple ou agoraphobie) ont respectivement quatre fois et trois fois plus de chances (RC=4,38 et RC=2,97) de présenter un trouble intériorisé que ceux dont le parent répondant ne présente pas de trouble intériorisé.

Finalement, les comportements punitifs du père se révèlent associés aux troubles intériorisés des adolescents. Les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements punitifs chez leur père (vs une fréquence moyenne) ont deux fois plus de chances (RC=2,03) de présenter un trouble intériorisé.

Aucun effet significatif n'est décelé pour la structure familiale, le soutien social du parent, la relation de couple, la scolarité du père, ou pour le revenu familial.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans la discussion, nous choisissons de prioriser les interactions significatives obtenues dans les modèles de régression logistique, pour ensuite élaborer sur les effets principaux. En effet, nous optons pour cet ordre de présentation un peu particulier, afin de tenir compte du cœur de l'étude, qui est d'examiner les effets d'interaction entre la relation parent-adolescent et les variables associées aux troubles mentaux intériorisés chez les jeunes.

Rappelons que notre hypothèse générale au sujet des effets d'interaction propose qu'une relation parent-enfant difficile augmenterait de façon significative la prévalence prédite par les variables associées (Bergeron et coll., 2000). Par ailleurs, nous avons aussi proposé deux hypothèses plus spécifiques. La première concerne le sexe et la relation parent-enfant : les filles qui ont une relation plus difficile avec leur parent présenteront davantage de troubles intériorisés que (1) les filles qui ont une bonne relation avec leur parent, et (2) les garçons. La deuxième hypothèse spécifique concerne la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant : les adolescents dont le parent a une psychopathologie et avec qui la relation est difficile présenteront davantage de troubles intériorisés que ceux (1) dont le parent n'a pas de psychopathologie, mais avec qui la relation est difficile; (2) dont le parent présente une psychopathologie, mais avec qui la relation est satisfaisante.

L'hypothèse générale de même que les deux hypothèses plus spécifiques seront examinées au fur et à mesure de la discussion. Les résultats du modèle de régression

logistique pour l'informateur adolescent sont présentés en premier lieu, suivis par ceux du modèle pour l'informateur parent.

4.1 Modèle 1 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon l'adolescent lui-même (prévalence : 14,2 %)

Dans le Modèle 1, nous avons trouvé trois interactions significatives. La première concerne la structure familiale et les comportements de soin de la mère; la deuxième concerne le rang dans la fratrie et les comportements de la mère favorisant l'autonomie chez le jeune; la troisième interaction implique le revenu familial et les comportements de soin du père.

4.1.1 Effets d'interaction

Interaction #1 : Structure familiale X Comportements de soin de la mère

Les résultats obtenus démontrent une interaction entre la structure familiale et une composante de la relation parent-enfant, soit les comportements de soin de la mère. Plus précisément, parmi les adolescents qui perçoivent une fréquence élevée de comportements de soin de leur mère, ceux vivant en famille reconstituée (vs bi-parentale) ont un risque plus élevé ($RC=3,77$) de présenter un trouble mental intériorisé. Par ailleurs, les adolescents qui perçoivent une fréquence faible de comportements de soin de leur mère (vs une fréquence moyenne) ont plus de probabilités ($RC=1,49$) de rapporter un trouble mental intériorisé, peu importe si le jeune vit en famille mono ou bi-parentale. Rappelons, pour ce dernier résultat, que les familles reconstituées sont exclues de cette comparaison.

À notre connaissance, la seule étude épidémiologique qui a examiné de tels effets d'interaction s'intéressait particulièrement à la monoparentalité (Lipman et coll., 2002). Dans cette étude, on rapporte que les enfants vivant dans une famille monoparentale favorisant un style parental hostile sont plus à risque de présenter un trouble psychiatrique. En ce qui concerne notre étude, nous n'avons pas trouvé d'effet particulier pour les jeunes vivant en famille monoparentale.

Notre résultat concernant l'interaction entre la structure familiale et les comportements de soin de la mère est contributif à la littérature. En effet, il semble se

passer quelque chose de particulier chez les jeunes vivant en famille reconstituée. Ceux qui rapportent une fréquence élevée de comportements de soin de leur mère sont plus susceptibles de présenter un trouble mental intériorisé. Ce résultat va à l'encontre de ce à quoi l'on pourrait s'attendre. En effet, un jeune qui perçoit une fréquence plus élevée de soin devrait être moins susceptible de présenter un trouble. Comment expliquer ce résultat contraire? Il est possible que les mères deviennent plus attentives et attentionnées en réaction à un état dépressif ou anxieux qui apparaît chez leur adolescent vivant en famille reconstituée. On pourrait postuler qu'un jeune vive une période d'adaptation difficile et présente des symptômes de type dépressif ou anxieux suite à la séparation des parents et à l'arrivée d'un nouveau conjoint. Dans ce contexte, il est possible qu'une mère devienne plus attentionnée envers son jeune si elle observe chez lui/elle une difficulté à s'adapter à la nouvelle situation familiale. Il est également possible que ces mères aient toujours été très attentives envers leur jeune et le fait de se retrouver en famille reconstituée, avec l'introduction d'un nouveau conjoint accompagné ou non d'enfant(s), contribue à l'apparition d'un trouble anxieux ou dépressif.

La deuxième comparaison significative de cette interaction indique que les jeunes qui perçoivent moins de soin de leur mère ont plus de probabilités de présenter un trouble intériorisé, peu importe qu'ils vivent en famille mono ou bi-parentale. On peut supposer qu'un jeune qui perçoit moins de soin de sa mère risque davantage d'être déprimé ou anxieux. Par contre, il est aussi possible qu'une mère offre moins de soins lorsque son enfant présente de tels symptômes. Pour ce dernier résultat, il faut rappeler que les familles reconstituées sont exclues de la comparaison.

Finalement, comme nous ne pouvons déterminer la temporalité dans une étude transversale, il est impossible de se prononcer sur la direction de la causalité. Nous ne pouvons établir si une fréquence particulière de soin (soit faible ou élevée) chez la mère précède ou succède l'apparition d'un trouble chez le jeune.

Interaction #2 : Rang dans la fratrie X Comportements de la mère favorisant l'autonomie

Les résultats exposent un deuxième effet d'interaction, entre le rang dans la fratrie et les comportements de la mère qui favorisent l'autonomie. Parmi les jeunes adolescents

qui rapportent une fréquence élevée de comportements maternels favorisant l'autonomie, ceux qui sont uniques (vs premier-nés) ont plus de probabilités ($RC=3,83$) de présenter un trouble. Par ailleurs, les adolescents qui ont un rang élevé dans la fratrie (3^{ième} ou plus vs les premier-nés) ont un risque plus élevé ($RC=2,84$) de rapporter un trouble, peu importe la fréquence de comportements maternels favorisant l'autonomie. Cependant, pour ce dernier résultat, les enfants nés en deuxième ou les enfants uniques sont exclus de la comparaison.

La première comparaison indique qu'une fréquence élevée de comportements parentaux favorisant l'autonomie est associée à plus de troubles chez les enfants uniques (vs premier-nés). Comment expliquer ce résultat en apparence contradictoire? On peut penser qu'une fréquence élevée de comportements parentaux favorisant l'autonomie induit une certaine anxiété chez le jeune, s'il les perçoit comme excessifs. En examinant les items individuels de la mesure de la relation parent-enfant, nous pouvons faire quelques suggestions en ce sens. Par exemple, des fréquences très élevées à des items comme : « Est-ce que ton parent te permet de préparer un plat simple ? » ou « Est-ce que ton parent te permet de travailler pour te faire de l'argent de poche? » ou « Est-ce que ton parent te permet de te rendre pendant la journée seule ou avec des amis de ton âge à des activités non supervisées par un adulte? » (réponses possibles : « la plupart du temps », « souvent », « quelques fois », « jamais ») peuvent suggérer que le jeune est investi d'une trop grande responsabilité pour s'occuper de lui-même. Dans les cas de scores extrêmes, peut-on penser que le jeune est laissé à lui-même et n'a pas le choix que de préparer ses repas? Est-ce que ces responsabilités sont choisies par le jeune ou bien lui sont-elles imposées? À la limite, ces comportements, s'ils sont très fréquents chez le parent, indiquent-ils un manque de disponibilité, d'attention ou d'encadrement du jeune ? Le choix de réponses proposé ne permet pas de faire de telles interprétations et de résoudre cette ambiguïté.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que l'effet est observé chez les enfants uniques *versus* les premier-nés. Peut-on penser qu'un jeune qui vit une trop grande responsabilité à l'égard de lui-même, en l'absence de frères ou sœurs pour atténuer l'effet négatif, soit plus à risque de présenter un trouble intériorisé? L'enfant unique serait-il plus isolé et moins soutenu en l'absence d'une fratrie?

Par ailleurs, les jeunes adolescents qui sont troisième ou plus dans la fratrie (*vs* premier-nés) ont un risque plus élevé ($RC=2,84$) de rapporter un trouble mental intériorisé, peu importe la fréquence de comportements maternels favorisant l'autonomie. Comment expliquer ce résultat? Vivre dans une famille nombreuse et/ou être né plus tardivement dans la fratrie entraîne-t-il plus de risque de vivre un état dépressif ou de l'anxiété? Il faut rappeler que les enfants uniques et les deuxièmes de famille sont exclus de cette comparaison. Ceci est analogue à un effet « principal » de la position dans la fratrie (troisième ou plus) à l'égard des troubles mentaux intériorisés.

Interaction #3 : Revenu familial X Comportements de soin du père

Nous avons obtenu un troisième effet d'interaction, soit entre le revenu familial et les comportements de soin du père. Deux comparaisons sont significatives : (1) parmi les familles dont le revenu est plus élevé (*i.e.* moyen supérieur/riche), les adolescents qui rapportent une faible fréquence de comportements de soin chez leur père (*vs* une fréquence moyenne) ont plus de probabilités ($RC=2,27$) de présenter un trouble mental intériorisé; (2) parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements paternels de soin, ceux qui vivent dans des familles au revenu moyen inférieur (*vs* moyen supérieur/riche) ont plus de probabilités ($RC=5,34$) de présenter un trouble mental intériorisé.

Dans une étude secondaire des données de l'EQSMJ, Smolla et coll. (1997) ont examiné systématiquement les effets d'interaction entre le revenu familial et les variables associées aux troubles intériorisés chez les enfants de six à 14 ans. Aucun effet d'interaction entre la relation parent-enfant et le revenu familial n'a été trouvé chez les adolescents. Par ailleurs, non seulement très peu d'interactions significatives ont été identifiées pour les autres groupes d'âge, mais les quelques résultats trouvés vont dans une direction opposée à celle souvent rapportée dans la littérature, *i.e.* qui associe défavorisation économique et prévalence plus élevée de troubles mentaux chez les jeunes (Costello et coll. 1996; Goodman et coll., 1998; Velez et coll., 1989). Mais il n'y a pas d'unanimité à ce sujet dans la littérature car certains auteurs n'ont pas trouvé cette association.

Sachant que plusieurs études suggèrent qu'un revenu familial faible est associé aux troubles mentaux chez le jeune (ex : Costello et coll., 1996; Goodman et coll., 1998; Velez et coll., 1989), on s'attendrait à ce que les adolescents défavorisés qui rapportent moins de soins de leur père aient davantage de troubles intériorisés.

La première comparaison significative de l'interaction indique un résultat tout autre. Les adolescents qui perçoivent une faible fréquence de comportements de soin chez leur père (*vs* une fréquence moyenne) ont un risque plus élevé de présenter un trouble mental intériorisé, mais uniquement dans les familles les plus aisées (i.e. moyen supérieur/riche). Comment expliquer ce résultat plutôt surprenant? Il semble se passer quelque chose de particulier concernant la relation père-enfant chez les jeunes des familles les plus aisées de notre échantillon. Un jeune vivant dans une famille favorisée serait-il plus vulnérable à un manque de soins de son père? Ces pères seraient-ils moins disponibles lorsque leur jeune présente des symptômes dépressifs ou anxieux? Est-ce possible aussi que les attentes envers les jeunes soient élevées dans les familles les plus fortunées, où les parents sont peut-être aussi plus scolarisés? Dans ce contexte, ces attentes exercent-elles une pression à la performance chez ces jeunes? S'ils ne parviennent à satisfaire des attentes élevées, cela peut-il avoir des répercussions négatives sur la relation avec leur père, en particulier au niveau des soins? Une telle pression peut-elle entraîner aussi des symptômes dépressifs ou anxieux chez le jeune? Rappelons que la sous-échelle de soins se compose d'items tels que : « Est-ce qu'il (*père*) te dit que les autres jeunes sont bien mieux que toi? », « Parlez-vous ensemble de tes activités, tes ami(e)s, tes résultats scolaires? », « Te fait-il (*père*) des compliments? ». Ceci demeure toutefois une hypothèse étant donné que les attentes parentales n'ont pas été évaluées dans l'EQSMJ.

Luthar et Becker (2002) ont démontré que les attentes parentales élevées et la pression à performer sont associées aux symptômes dépressifs et anxieux chez les filles vivant dans les familles plus aisées. De plus, les attentes élevées du jeune envers lui-même sont également associées à la présence d'anxiété et de dépression chez les jeunes, tant filles que garçons.

Certains pères de milieux favorisés seraient-ils moins disponibles ou attentifs envers leur jeune, soit parce qu'ils travaillent beaucoup et sont moins présents? Est-il possible qu'un jeune qui perçoit moins de soins de son père se sente plus isolé et moins apprécié par lui, ce qui augmenterait sa vulnérabilité aux troubles intériorisés? Toutefois, nous n'avons aucune information sur la disponibilité des pères ou sur le nombre d'heures passées au travail (vs à la maison). L'équipe de Luthar (Luthar et D'Avanzo, 1999; Luthar et Becker, 2002) a démontré que les jeunes qui vivent dans les milieux aisés ne sont pas à l'abri de la psychopathologie, en particulier de l'anxiété et de la dépression. Les résultats de leurs études indiquent que les enfants qui vivent dans les familles plus fortunées sont souvent laissés seuls à la maison après les heures d'école. De plus, ils rapportent une association significative entre le manque de supervision du jeune après l'école et la présence de symptômes anxieux et dépressifs chez les filles. Le sentiment d'être « proche » de sa mère est associé aux symptômes intériorisés chez les filles et les garçons.

Toujours selon nos résultats, la deuxième comparaison significative indique que, parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements de soins de leur père, ceux qui vivent dans des familles au revenu moyen inférieur (vs moyen supérieur/riche) sont plus susceptibles ($RC=5,34$) de présenter un trouble mental intériorisé. Il est possible que l'effet « protecteur » d'un niveau élevé de soins du père soit présent, mais seulement parmi les adolescents de familles aisées.

Finalement, comme mentionné plus haut, nous ne pouvons déterminer la temporalité dans une étude transversale; il est par conséquent impossible de se prononcer sur la direction de la causalité.

4.1.2 Hypothèses spécifiques

Notre première hypothèse spécifique a trait à l'interaction entre le sexe et la relation parent-enfant. Sachant que les jeunes filles adolescentes (12 à 14 ans) présentent davantage de troubles intériorisés que les garçons adolescents, nous avons posé l'hypothèse que les filles qui rapportent une relation parent-enfant difficile présenteraient davantage de troubles intériorisés que : (1) les celles qui ont une bonne relation parent-enfant, et que (2) les garçons. En ce qui regarde le Modèle 1, nous n'avons pas trouvé

d'effet d'interaction entre le sexe et la relation parent-enfant. Les résultats n'appuient donc pas cette hypothèse.

À notre connaissance, une seule étude épidémiologique a examiné si l'association entre la relation parent-enfant et l'adaptation de l'enfant diffère selon le sexe et l'âge. (Doyle et coll. 2003). Cependant, aucun effet d'interaction n'est décelé : une meilleure relation parent-enfant (i.e. plus de soutien et moins de rejet) est associée à une meilleure adaptation du jeune (i.e. moins de symptômes intériorisés rapportés par le jeune lui-même), peu importe son âge ou son sexe. Les résultats que nous avons obtenus dans le Modèle 1 sont donc concordants avec ceux de Doyle et coll. (2003).

Notre deuxième hypothèse spécifique concerne l'interaction entre la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant. Plus spécifiquement, nous avons postulé l'hypothèse que les adolescents dont le parent présente une psychopathologie et avec qui la relation était difficile présenteraient davantage de troubles intériorisés que : (1) ceux dont le parent ne présente pas de psychopathologie, mais avec qui la relation est difficile; et (2) les adolescents dont le parent présente une psychopathologie, mais avec qui la relation est bonne. De façon surprenante, les résultats obtenus n'appuient pas cette hypothèse. Nous n'avons détecté aucun effet d'interaction entre la psychopathologie parentale et l'une ou l'autre composante de la relation parent-enfant (soins, autonomie, punition). Il est possible que nous ayons manqué de puissance pour tester un tel effet. Il est également possible que l'effet de la relation parent-enfant ne varie pas selon la présence d'un trouble mental chez le parent et vice versa.

L'association entre la psychopathologie des parents et celle de leurs enfants est assez clairement établie dans la littérature épidémiologique (ex. : Bergeron et coll., 2000; Bergeron et coll., 2007; Bird et coll., 1989; Goodman et coll., 1998; Velez et coll., 1989; Vostanis et coll., 2006) et psychologique (Elgar et coll., 2004; Orvaschel, 1990; Weissman et coll., 1987). À notre connaissance, aucune étude épidémiologique n'a examiné les effets d'interaction entre la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant auprès d'un échantillon d'adolescents (12 à 14 ans), sauf celle de Doyle et coll. (2003) qui ont examiné les effets d'interaction entre la dépression chez la mère et la relation parent-enfant. Cependant, les résultats n'ont pas atteint le critère d'inclusion dans

le modèle multivarié pour être considérés significatifs (Doyle, mars 2009, communication personnelle). Par contre, nous avons identifié une étude épidémiologique qui a démontré des effets d'interaction entre la psychopathologie parentale et les comportements de soins (Piché et coll., 2008, soumis pour publication). Plus spécifiquement, cette étude a trouvé un effet d'interaction entre la présence d'un trouble intériorisé chez la mère et une fréquence faible de soins dans la prédiction des symptômes intériorisés rapportés par l'enfant (six à 11 ans) lui-même. Ainsi, les enfants dont la mère présente un trouble mental intériorisé et offre moins de soin ont des scores de symptômes intériorisés plus élevés que ceux dont la mère ne présente pas de psychopathologie. L'étude de Piché et coll. (2008) a également démontré un effet d'interaction entre la psychopathologie maternelle et une fréquence élevée de comportements punitifs de la mère. Plus spécifiquement, les enfants dont la mère a un trouble mental intériorisé (vs absence) et utilise une fréquence élevée de comportements punitifs rapportent des scores de symptômes intériorisés plus élevés. Il est possible que Piché et coll. (2008) ont détecté un effet d'interaction parce qu'ils avaient plus de puissance, étant donné que dans leur étude la variable dépendante était un score de symptômes et non une variable dichotomique comme dans notre étude.

Aucun effet d'interaction n'est trouvé entre la relation parent-enfant et les caractéristiques suivantes : l'âge, la maladie physique chronique, la compétence sociale de l'adolescent, le soutien social du parent, la relation de couple, le niveau de scolarité de la mère ni du père. Notre hypothèse qu'une relation parent-enfant plus difficile augmenterait la prévalence prédite par les variables significativement associées aux troubles (maladie physique, compétence sociale du jeune, scolarité du parent) dans Bergeron et coll. (2000), n'est donc pas appuyée.

4.1.3 Effets principaux

Le sexe

Les résultats du Modèle 1 indiquent un effet principal pour le sexe. Ainsi, les filles ont plus de risque ($RC=3,89$) de présenter un trouble mental intériorisé que les garçons. Ces résultats confirment ce qui est rapporté dans la littérature épidémiologique

(ex : Anderson et coll., 1989; Bergeron et coll., 2000; Feenhan et coll., 1991; Goodman et coll., 1998; Nguyen et coll., 2005; Offord et coll., 1989; Velez et coll., 1989).

La scolarité de la mère

Un effet principal pour la scolarité de la mère est aussi présent dans les résultats du Modèle 1. Plus spécifiquement, les résultats démontrent que les adolescents dont les mères sont moins scolarisées (Secondaire V ou moins) sont plus susceptibles ($RC=5,05$) de présenter un trouble mental intériorisé que celles qui sont de niveau collégial. Nos résultats appuient les études épidémiologiques qui ont également démontré un lien entre une faible scolarité parentale et des prévalences plus élevées de troubles psychiatriques (Bergeron et coll., 2000; Hackett et coll., 1999; Velez et coll., 1989) ou anxieux (Bergeron et coll., 2007b; Ford et coll., 2004) chez les jeunes.

Les comportements punitifs du père

Finalement, un effet principal pour les comportements punitifs paternels est présent. Les jeunes adolescents qui perçoivent une fréquence élevée de comportements punitifs paternels (vs une fréquence moyenne) ont un risque plus élevé ($RC=1,39$) de présenter un trouble mental intériorisé. Comme cet aspect de la relation parent-enfant ressort uniquement en effet principal, ceci indique l'existence d'un effet qui ne semble pas être nuancé par une autre variable. De nombreuses études épidémiologiques ont aussi rapporté que les comportements punitifs ou disciplinaires sont associés à la présence d'un trouble psychologique chez le jeune (ex. : Goodman et coll., 1998; Goodman et coll., 2007), que ce soit un trouble intériorisé (ex. : Bergeron et coll., 2000) ou plus spécifiquement un trouble dépressif (ex. : Bergeron et coll., 2007a; Cohen et Brook, 1987;), émotif (ex. : Vostanis et coll., 2006) ou anxieux (ex. : Bergeron et coll., 2007b; Macmillan et coll., 1999; Shanahan et coll., 2008). L'ensemble des données de la littérature épidémiologique va dans le sens que les enfants dont les parents utilisent plus de comportements de punition sont plus susceptibles de présenter un trouble intériorisé. L'originalité de nos résultats est que les comportements punitifs sont rapportés par le jeune et concernent la relation avec son père.

Notons qu'aucun effet principal n'a été trouvé pour les caractéristiques suivantes : âge, maladie physique chronique et compétence sociale du jeune, psychopathologie parentale, soutien social du parent, relation de couple et scolarité du père.

4.2 Modèle 2 : Présence d'au moins un trouble mental intériorisé (DSM-III-R) chez l'adolescent, selon le parent (prévalence : 13,7%)

Dans ce deuxième modèle de régression logistique, nous avons trouvé cinq interactions significatives. La première concerne l'âge et les comportements de soin du père, tandis que la deuxième concerne le sexe et les comportements de soin de la mère. La troisième implique la compétence sociale du jeune et les comportements de soin de la mère. La quatrième concerne la scolarité de la mère et les comportements de la mère favorisant l'autonomie chez le jeune. Finalement, la cinquième interaction implique la scolarité de la mère et les comportements du père favorisant l'autonomie chez le jeune.

4.2.1 Effets d'interaction

Interaction #1 : L'âge du jeune X Comportements de soin du père

Les résultats de la présente étude démontrent une interaction significative entre l'âge et les comportements de soin du père. Plus spécifiquement, les adolescents de 13 ans qui rapportent une fréquence faible de comportements de soin du père (*vs* une fréquence moyenne) ont plus de risque ($RC=3,37$) de présenter un trouble mental intériorisé. D'ailleurs, parmi les adolescents qui rapportent une fréquence moyenne de comportements de soin du père, ceux de 12 ou 14 ans sont plus susceptibles ($RC=4,21$) de présenter un trouble mental intériorisé que ceux de 13 ans. Enfin, parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements de soin du père, ceux âgés de 12 ou 14 ans présentent un risque plus élevé ($RC=16,67$) de présenter un trouble mental intériorisé que les jeunes de 13 ans. Cependant, ce dernier résultat est imprécis ($IC : 3,2 \text{ à } 86,5$).

À notre connaissance, une seule étude épidémiologique a examiné les effets d'interaction de la relation parent-enfant avec l'âge du jeune, à l'égard des symptômes intériorisés (Doyle et coll., 2003). Cependant, aucun effet d'interaction significatif n'a été trouvé dans cette étude : une meilleure relation parent-enfant (i.e. plus de soutien et

moins de rejet) est associée à une meilleure adaptation du jeune (i.e. moins de symptômes intériorisés), peu importe son âge. Il faut noter aussi que cette étude n'a pas utilisé les critères DSM pour évaluer la symptomatologie des jeunes.

Selon la première comparaison, les jeunes de 13 ans semblent particulièrement vulnérables à un manque de soin du père. On pourrait proposer que les jeunes de 13 ans ont un besoin particulier pour les comportements de soin de leur père. Certains pères pensent-ils que leur enfant a moins besoin de soutien émotionnel et d'encouragements lorsqu'il devient adolescent (passage au « *teen-age* »)?

La deuxième comparaison indique que parmi les jeunes qui perçoivent une fréquence moyenne de comportements de soin de leur père, ceux âgés de 12 ou 14 ans sont plus susceptibles de présenter un trouble intériorisé que ceux de 13 ans. La troisième comparaison suggère que parmi les adolescents qui rapportent une fréquence élevée de comportements de soin du père, ceux âgés de 12 ou 14 ans ont un risque plus élevé de présenter un trouble mental intériorisé que ceux de 13 ans. Ces deux contrastes appuient l'idée que les enfants de 12 et 14 ans sont moins vulnérables à un manque de comportements de soin de leur père. Cependant, les jeunes de 12 et 14 ans seraient plus vulnérables que ceux de 13 ans s'ils perçoivent une fréquence moyenne ou élevée de comportements de soin du père.

Les résultats de la troisième comparaison sont plutôt surprenants. On pourrait s'attendre à ce que beaucoup de soins soient plutôt bénéfiques pour un jeune. Ainsi, un jeune qui perçoit de l'attention et une disponibilité chez son père serait mieux adapté et moins susceptible de présenter un trouble intériorisé. Comment expliquer ce résultat en apparence contradictoire?

D'une part, une fréquence élevée de comportements de soin pourrait induire une certaine anxiété chez le jeune, si celui-ci les perçoit comme excessifs. Il est important de considérer ce qui motive une fréquence élevée de comportements de soin. À la limite, ce type de comportements indiquerait-il une sur-implication du parent? Est-ce possible que le jeune perçoive son père comme « trop présent », voire envahissant, et que cette présence ait un effet néfaste sur lui? On peut aussi supposer qu'un père offre une fréquence élevée de soins pour compenser quelque chose, comme une mère moins

attentive, ou le fait qu'il n'est pas souvent à la maison. Les données disponibles ne fournissent pas d'indication sur ce qui motive la fréquence élevée de soins provenant du père. D'autre part, il est possible que le père offre plus de comportements de soin constatant que son adolescent est déprimé ou anxieux.

Interaction #2 : Sexe du jeune X Comportements de soin de la mère

Les résultats révèlent une interaction significative entre le sexe et les comportements de soin de la mère. Parmi les filles, celles qui perçoivent une fréquence faible de comportements de soin de la mère sont plus susceptibles ($RC=1,81$) de présenter un trouble intériorisé. Par ailleurs, parmi les adolescents qui perçoivent une fréquence faible de comportements de soin de la mère, les filles ont un risque plus élevé ($RC=3,88$) de présenter un trouble intériorisé que les garçons.

Rappelons que notre première hypothèse spécifique concerne une interaction entre le sexe et la relation parent-enfant. Elle propose que les filles qui rapportent une relation difficile avec leur parent présenteront davantage de troubles intériorisés que : (1) les celles qui ont une bonne relation avec leur parent, et que (2) les garçons, peu importe la qualité de la relation avec le parent. Les résultats obtenus appuient donc en grande partie cette hypothèse.

À notre connaissance, une seule étude épidémiologique a examiné si l'association entre la relation parent-enfant et l'adaptation de l'enfant différait selon le sexe (Doyle et coll., 2003). Cependant, aucun effet d'interaction n'a été décelé dans cette étude: une meilleure relation parent-enfant (i.e. plus de soutien et moins de rejet) était associée à une meilleure adaptation du jeune (i.e. moins de symptômes intériorisés rapportés par le jeune lui-même), peu importe le sexe. Il est important à souligner que les critères et les outils de mesure utilisés pour l'évaluation de problèmes de santé mentale dans l'étude de Doyle et coll. (2003) ne s'appuyaient pas de façon stricte sur les critères du DSM, mais utilisaient plutôt une mesure de symptômes intériorisés.

Comme les filles présentent en général plus de troubles intériorisés que les garçons, dans la présente étude, il était attendu que celles qui rapportent une relation plus difficile avec leur parent (ex. : fréquence faible de comportements de soin) présentent en plus grand nombre un trouble intériorisé, ce qui est d'ailleurs confirmé. On peut supposer

que peu de comportements de soin de la mère contribuent à l'apparition des symptômes intériorisés chez le jeune. Il est également possible que les mères dont les filles présentent des troubles intériorisés soient moins disponibles pour leur enfant : certaines mères peuvent devenir découragées ou désorientées lorsqu'elles sont confrontées aux symptômes dépressifs ou anxieux de leur fille, et réagir en offrant moins de soutien. Nos résultats indiquent que les filles seraient plus vulnérables à un manque de soins de leur mère que ne le seraient les garçons. Ceci suggère également que les comportements de soin de la mère jouent un rôle important dans le bien-être et l'adaptation des adolescentes. Finalement, il est possible aussi que les adolescentes perçoivent mal le soutien donné par leur mère en raison de leur état dépressif ou anxieux.

Interaction #3 : Compétence sociale X Comportements de soin du parent

Nos résultats indiquent un effet d'interaction significatif entre la compétence sociale du jeune et les comportements de soin du parent répondant (91% des cas la mère). Nous obtenons deux contrastes significatifs. Premièrement, parmi les jeunes dont le parent exprime moins de comportements de soin, ceux qui sont peu compétents sont plus susceptibles ($RC=2,51$) d'avoir un trouble mental intériorisé que ceux qui sont moyennement compétents. Deuxièmement, parmi les jeunes adolescents dont la compétence sociale est élevée, ceux dont la fréquence des soins parentaux est également élevée (vs une fréquence moyenne) ont plus de probabilités ($RC= 2,31$) de présenter un trouble mental intériorisé.

Bergeron et coll. (2000) ont déjà mis en évidence que les adolescents moins compétents socialement sont plus anxieux ou dépressifs. Par contre, la force de cette association était plutôt faible ($RC=1,67$). Selon nos résultats, les jeunes adolescents moins compétents et qui reçoivent moins de soins de leur parent présentent plus d'anxiété et/ou de dépression. La force de l'association avec les troubles mentaux intériorisés apparaît ici augmentée, i.e. le $RC=2,51$, ce qui va dans le sens de notre hypothèse.

Par contre, comment expliquer ce résultat? Il est possible qu'un jeune moins compétent socialement ou qui a moins d'opportunités de socialisation et qui, de surcroît, reçoit moins d'encouragements et d'attention de son parent, se sente plus isolé et devienne alors vulnérable à la dépression et à l'anxiété. Le trouble deviendrait ici la

conséquence de cet isolement. Les soins et l'attention du parent seraient très importants pour les jeunes qui ont moins d'opportunités de socialiser et/ou qui sont moins compétents socialement. Si le parent n'entoure pas son adolescent de soins et d'attention, la vulnérabilité du jeune au trouble intériorisé pourrait augmenter.

Une autre explication est possible. Inversement, le trouble peut aussi être à l'origine des autres conditions. En effet, un jeune plus anxieux ou déprimé peut être moins motivé à participer à des activités, la perte de plaisir dans les activités habituelles étant l'un des symptômes du trouble dépressif majeur. Confronté à un adolescent anxieux, déprimé, plus retiré et moins compétent socialement, un parent peut devenir découragé et, par conséquent, lui offrir moins de soins, ne sachant pas comment l'aider. La réaction du parent à la présence de symptômes chez le jeune serait, à ce moment, très importante.

Toutefois, une mise en garde s'impose concernant l'interprétation des scores de compétence sociale. Drotar et coll. (1995) ont suggéré que les scores faibles obtenus à l'aide du *Child Behavior Checklist* (mesure de la compétence sociale) pourraient refléter davantage un manque de ressources (ex : manque d'argent ou milieux éloignés) qu'un véritable manque de compétence sociale chez le jeune. Après vérification dans notre étude, il apparaît que la compétence sociale du jeune et le revenu familial ne sont pas associés. Il reste cependant possible que des scores faibles de compétence sociale reflètent plutôt un manque d'opportunités ou d'accès aux activités récréatives pour les jeunes, qu'un manque de ressources financières comme telles. Les résultats obtenus avec cet instrument de mesure doivent être interprétés avec prudence.

Le deuxième contraste significatif indique que parmi les jeunes adolescents très compétents socialement, ceux dont la fréquence des soins parentaux est élevée (vs une fréquence moyenne) ont un risque plus élevé de présenter un trouble mental intériorisé. Cette fois, le résultat va à l'encontre de nos attentes et hypothèses. Comment expliquer ce résultat plutôt surprenant? Est-ce possible qu'un jeune qui participe à beaucoup d'activités et qui reçoit beaucoup de soins parentaux vive une certaine pression à performer? Luthar et coll. (2006) ont discuté de la notion des enfants «surchargés» («overscheduling») et de son impact négatif sur la santé mentale. Il est possible que

certaines jeunes vivent dans un milieu familial où ils sont fortement encouragés à participer à de nombreuses activités. Dans ces familles, les parents auraient de bonnes intentions à l'égard de leurs enfants et seraient très impliqués et attentifs. Est-ce possible que ces enfants ressentent trop de pression? Cette pression pourrait-elle contribuer à l'émergence de symptômes dépressifs ou anxieux? Dans ce cas, le trouble intériorisé pourrait résulter des autres conditions. D'autres explications sont possibles : le parent d'un enfant anxieux ou déprimé pourrait l'entourer de plus de soin et d'attention pour diminuer ces symptômes (i.e. un effet de mobilisation du parent). De plus, le parent pourrait l'inscrire dans plusieurs activités dans le but de l'activer et de le divertir, toujours avec l'objectif d'améliorer son humeur ou réduire ses peurs.

Comme on peut le constater, il n'est pas possible avec des données transversales de se prononcer sur la direction de la causalité, ni sur la chronologie des effets. Nous ne pouvons déterminer si le manque de soin de la part du parent précède ou succède l'apparition d'un trouble chez le jeune.

Interaction #4 : Scolarité de la mère X Comportements maternels favorisant l'autonomie

Les résultats obtenus démontrent un effet d'interaction significatif entre la scolarité de la mère et les comportements maternels favorisant l'autonomie chez le jeune. Plus précisément, cette interaction révèle quatre comparaisons significatives. Ainsi : (1) parmi les adolescents dont les mères sont les plus scolarisées (niveau collégial ou universitaire), ceux dont la mère encourage moins souvent l'autonomie (*vs* une fréquence moyenne) sont plus susceptibles ($RC=3,62$) de présenter un trouble; (2 et 3) parmi les jeunes dont la mère encourage moins souvent le jeune à l'autonomie, ceux dont la scolarité de la mère est de niveau universitaire ($RC=6,99$) ou collégial ($RC=4,35$) (*vs* Sec V ou moins) sont plus susceptibles de présenter un trouble. Finalement, (4) parmi les adolescents qui rapportent que leur mère les encourage beaucoup à développer leur autonomie, ceux dont la mère est moins scolarisée (Sec V ou moins *vs* collégial) ont un risque plus élevé ($RC=4,35$) de présenter un trouble.

Les trois premières comparaisons significatives sont reliées entre elles et suggèrent l'existence d'un sous-groupe de jeunes dont la mère est plus scolarisée tout en favorisant moins l'autonomie de leur jeune. Ces jeunes présentent en plus grand nombre

un trouble intériorisé. On pourrait faire l'hypothèse que ces jeunes sont surprotégés par leur mère. Est-ce possible que les mères plus scolarisées encadrent beaucoup leurs jeunes et leur accordent donc moins d'espace pour développer leur autonomie? Un jeune qui ne peut développer son autonomie est-il plus à risque de présenter des symptômes intériorisés? On peut également penser qu'une mère voyant son jeune dépressif ou anxieux pourrait, en pensant l'aider, l'encadrer davantage et diminuer ses responsabilités.

La dernière comparaison significative suggère un autre phénomène. Parmi les adolescents qui rapportent que leur mère encourage beaucoup le développement de leur autonomie, ceux dont la mère est moins scolarisée (Sec V ou moins *vs* collégial) sont plus susceptibles de présenter un trouble intériorisé. Il s'agirait d'un sous-groupe de jeunes dont la mère est moins scolarisée tout en favorisant davantage l'autonomie. Est-ce possible que ces jeunes soient laissés à eux-mêmes ou se voient déléguer de nombreuses responsabilités? On pourrait faire l'hypothèse que ces mères moins scolarisées sont plus susceptibles de laisser leur jeune « se débrouiller » par lui-même. Ces mères moins scolarisées compteraient davantage sur leur jeune et, en conséquence, ce jeune aurait plus de responsabilités.

C'est en examinant les items individuels de la mesure de la relation parent-enfant que nous pouvons faire des suggestions en ce sens. Par exemple, des scores très élevés à des item comme : « Est-ce que ton parent te permet de préparer un plat simple ? » ou « Est-ce que ton parent te permet de travailler pour te faire de l'argent de poche ? » (réponses possibles : « la plupart du temps », « souvent », « quelques fois », « jamais ») peuvent suggérer une « hyper-responsabilisation » du jeune. Ces responsabilités sont-elles imposées ou souhaitées par le jeune? À la limite, ces comportements parentaux, s'ils sont très fréquents, indiquent-ils un manque d'encadrement ou d'attention envers le jeune? L'information recueillie auprès du jeune au sujet de sa relation avec son parent ne permet pas de vérifier ces hypothèses. McMahon et Luthar (2007) discutent de la notion de « parentification », un phénomène observable dans certaines familles désorganisées où les parents ont des attentes inappropriées et irréalistes envers leurs jeunes. On pourrait faire l'hypothèse qu'un phénomène semblable prend place dans ce sous-groupe de familles où les mères sont moins scolarisées et l'autonomie du jeune est très favorisée. On pourrait proposer que la pression associée à des responsabilités excessives augmente

le risque de dépression et d'anxiété chez le jeune. Par contre, la désorganisation familiale n'est pas un élément qui a été examiné dans la présente étude.

Interaction #5 : Scolarité de la mère X Comportements du père favorisant l'autonomie

Les résultats exposent un effet d'interaction entre la scolarité de la mère et les comportements du père favorisant l'autonomie. Nous observons trois comparaisons significatives; les deux premières sont reliées entre elles : (1) parmi les jeunes dont la mère est de niveau universitaire, ceux dont le père encourage plus souvent l'autonomie (vs une fréquence moyenne) sont plus susceptibles ($RC=9,17$) de présenter un trouble intériorisé; (2) parmi les jeunes dont le père encourage plus souvent l'autonomie, ceux dont la mère est de niveau universitaire (vs collégial) ont un risque plus élevé ($RC=7,50$) de présenter un trouble intériorisé. Finalement, (3) parmi les jeunes dont le père encourage peu l'autonomie, ceux dont la mère est de niveau collégial ou moins (vs universitaire) sont plus susceptibles ($RC= 19,31$) de présenter un trouble intériorisé.

Les deux premières comparaisons suggèrent l'existence d'un sous-groupe de jeunes dont la mère est plus scolarisée; ces jeunes perçoivent une fréquence élevée (vs moyenne) de comportements paternels favorisant leur autonomie. Ce sous-groupe de jeunes est plus susceptible de présenter un trouble intériorisé. Comment expliquer ce résultat qui va à l'encontre de notre hypothèse générale? Comment expliquer que ce soit les comportements du père qui soient en cause? On peut supposer que lorsque la mère est plus scolarisée, les deux parents sont susceptibles de travailler et d'exercer une profession. Il est alors possible que ces jeunes soient plus souvent seuls à la maison et doivent assumer davantage de responsabilités à l'égard d'eux-mêmes, ou faire l'objet de moins de surveillance parentale. La pression associée aux responsabilités et au manque de supervision pourrait contribuer à l'apparition de symptômes intériorisés. Dans le cas présent, il semble que cette pression vienne en particulier du père. Luthar et Becker (2002) ont observé que les jeunes vivant dans les milieux aisés et laissés souvent seuls à la maison présentaient plus de symptômes dépressifs et anxieux. Dans une étude ultérieure, Luthar et Latendresse (2005) rapportent que certains parents de milieux favorisés croient aux bénéfices de laisser le jeune seul à la maison, car il apprend ainsi à se débrouiller par lui-même, ce qui contribuerait au développement de son autonomie.

Dans leurs études, Luthar et ses collaborateurs n'ont cependant pas fait de distinction entre le père et la mère. Est-il possible aussi que les attentes des pères soient plus élevées dans les familles où la mère est de niveau universitaire? Des attentes élevées et une pression à performer dans ces familles pourraient augmenter les chances que ces jeunes présentent des symptômes dépressifs ou anxieux. Une autre hypothèse est que le parent d'un jeune anxieux ou dépressif pourrait vouloir encourager son autonomie dans le but d'améliorer son bien-être. À ce moment, les symptômes intériorisés seraient davantage la cause des comportements paternels que leur conséquence.

Finalement, la 3^{ième} comparaison significative nous amène dans une toute autre direction. Cette comparaison indique que parmi les jeunes dont le père encourage peu leur autonomie, ceux dont la mère est moins scolarisée (collégial ou moins vs universitaire) ont un risque plus élevé ($RC=19,31$) de présenter un trouble. Cependant, ce résultat manque de précision car l'intervalle de confiance du rapport de cotes est large (4,62 à 80,79), indiquant que le nombre de cas par cellule est petit. Comment expliquer ce résultat? Il est possible que les jeunes qui vivent dans les familles où la mère est moins scolarisée soient moins encouragés par leur père à développer leur autonomie. S'agit-il d'un phénomène de surprotection? Une autre hypothèse possible est que les mères moins scolarisées sont davantage à la maison et les pères, étant donné qu'ils travaillent à l'extérieur, sont moins présents. Par conséquent, ces pères seraient moins au fait du niveau d'autonomie de leur jeune ou moins en mesure de l'encourager. Il est également possible que les pères encadrent leur jeune de façon plus serrée dans ces familles. On peut alors imaginer qu'un jeune surprotégé ou trop encadré pourrait développer des symptômes intériorisés. Ces symptômes deviennent alors la conséquence des comportements parentaux. À l'inverse, il est également possible que le parent d'un jeune déprimé ou anxieux soit moins porté à le responsabiliser et à favoriser son autonomie, pensant le protéger ou l'aider dans ses difficultés.

4.2.2 Hypothèses spécifiques

Comme déjà mentionné plus haut dans la présente section (interactions significatives du Modèle 2), les résultats révèlent une interaction significative entre le sexe et une composante de la relation parent-enfant, soit les comportements de soin de la

mère. Plus spécifiquement, les adolescents qui perçoivent une fréquence faible de comportements de soin de leur mère ont un risque plus élevé de présenter un trouble intériorisé, et cette comparaison significative ne vaut que pour les filles. Ensuite, parmi les adolescents qui perçoivent peu de comportements de soin de leur mère, les filles (vs les garçons) ont davantage de probabilités ($RC=3,88$) de présenter un trouble intériorisé. Notre hypothèse spécifique concernant une interaction entre le sexe et la relation parent-enfant est en grande partie confirmée par ces résultats. Nous renvoyons le lecteur à la discussion de cette interaction au point 4.2.1.2 (Interaction #2 : Sexe du jeune X Comportements de soin de la mère, p. 90).

Notre deuxième hypothèse spécifique concerne une interaction entre la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant. Contrairement à nos attentes, nos résultats n'appuient pas cette hypothèse; aucun effet d'interaction entre la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant n'a été détecté. Comment expliquer ce résultat plutôt surprenant, étant donné l'abondance de littérature qui propose une telle interaction?

Il est possible que l'effet de la psychopathologie parentale soit indépendant de la relation parent-enfant, qui pourrait être de l'ordre d'un mécanisme génétique de transmission des troubles. Il est également possible que nous n'ayons pas eu suffisamment de puissance pour déceler un effet d'interaction. En effet, la mesure de la psychopathologie parentale utilisée dans l'EQSMJ est le DISSA, lequel s'appuie sur les critères du DSM. Ceci implique un certain niveau de sévérité des symptômes pour établir la présence d'un trouble. De plus, tous les cas « sous-cliniques » sont alors considérés négatifs (i.e. le trouble est considéré absent). À la différence d'un score de symptômes, l'utilisation d'une variable dichotomique comme la présence / absence de trouble est plus sévère et un nombre plus réduit de cas par cellule rend plus difficile le test d'un effet d'interaction.

Une autre explication possible est qu'il existe, entre la relation parent-enfant et la psychopathologie parentale, un effet de médiation plutôt que de modération. Il est concevable que la psychopathologie parentale affecte la relation parent-enfant qui, à son tour, exerce un impact sur la santé mentale du jeune. Des recherches futures devraient

vérifier la possibilité de l'existence d'une relation de médiation afin de mieux comprendre les mécanismes.

Finalement, aucun effet d'interaction n'a été détecté entre la relation parent-adolescent et les autres variables examinées (indice de santé physique du jeune, rang dans la fratrie, structure familiale, soutien social du parent, relation de couple et revenu familial).

4.2.3 Effets principaux

La maladie physique chronique

Les résultats du Modèle 2 indiquent un effet principal pour la présence d'une maladie physique chronique chez le jeune. Plus spécifiquement, les jeunes adolescents qui présentent une maladie physique chronique avec ou sans conséquence ($RC=6,08$; $RC=3,36$ respectivement) sont plus susceptibles de présenter un trouble intériorisé que ceux qui ne sont pas malades. D'autres études épidémiologiques ont démontré une association significative entre la maladie physique chronique chez le jeune et les troubles mentaux en général (Anderson et coll., 1989; Bird et coll., 1989, Goodman et coll., 2007) ou les troubles intériorisés (Ford et coll., 2004; Hackett et coll., 1999).

Le rang dans la fratrie

Les résultats obtenus révèlent un effet principal pour le rang dans la fratrie. Plus précisément, les jeunes qui sont troisième ou plus ont un risque plus élevé ($RC= 3,64$) de présenter un trouble intériorisé que les jeunes qui sont premiers-nés ou les deuxièmes de famille. Ce résultat appuie Bergeron et coll. (2007a), qui ont trouvé qu'auprès des adolescents, ceux en troisième position ou plus dans la fratrie sont plus susceptibles de présenter un trouble dépressif que les adolescents uniques, premier-nés ou deuxièmes de famille. D'autres résultats provenant de l'EQSMJ (1992) ont également révélé une association entre la position dans la fratrie et la présence de troubles intériorisés chez les adolescents de 12 à 14 ans (Bergeron et coll., 2000). Plus spécifiquement, les troisièmes de famille ont un risque plus élevé de présenter un trouble intériorisé que les enfants uniques, les premier-nés ou les deuxièmes de famille. En plus, les deuxièmes de famille présentent plus de troubles intériorisés que les enfants uniques ou premier-nés.

La psychopathologie parentale

Un effet principal a été trouvé pour la psychopathologie parentale. Les jeunes dont la mère a connu une dépression ou une phobie simple/agoraphobie sont plus susceptibles ($RC=4,38$ et $2,97$ respectivement) de présenter un trouble intériorisé que ceux dont la mère n'a pas connu de psychopathologie. Nos résultats vont tout à fait dans le sens des résultats de Bergeron et coll. (2000), où la psychopathologie parentale est considérée comme un prédicteur très important des troubles intériorisés chez les jeunes, et ce, dans les trois groupes d'âge (6-8 ans, 9-11 ans et 12-14 ans), mais uniquement lorsque c'est le parent qui évalue les troubles du jeune.

L'association entre la psychopathologie parentale et la présence d'un trouble mental chez le jeune a été abondamment documentée en épidémiologie pédopsychiatrique (ex : Goodman et coll., 1998; Vostanis et coll., 2006). D'autres chercheurs ont pu démontrer une association plus spécifique comme l'histoire psychiatrique de la mère et le trouble dépressif chez le jeune (Bird et coll., 1989) ou la psychopathologie parentale et l'anxiété chez le jeune (Ford et coll., 2004). Enfin, d'autres études ont utilisé des échantillons de convenance ou d'individus à haut risque pour démontrer l'association entre la psychopathologie parentale et celle de l'enfant, soit pour la dépression (Orvaschel, 1990; Weissman et coll., 1987), l'anxiété (McClure et coll., 2001; Turner et coll., 1987; Weissman, 1993) ou pour les troubles intériorisés en général (Leinonen et coll., 2003; Spence et coll., 2002). Est-il possible que la fréquente association trouvée entre la psychopathologie du parent et celle de son enfant/adolescent soit dépendante de l'informateur? Très souvent, on retient le parent comme informateur tant pour l'évaluation des troubles des jeunes que pour ses propres troubles, ce qui suggère la présence possible d'un biais intra-informateur. Nos résultats vont dans le sens de cette interprétation.

Il est aussi possible que l'association entre la psychopathologie du parent et celle des jeunes adolescents soit due à une composante génétique. Par contre, étant donné l'absence de mesures génétiques dans la présente étude, il n'est pas possible de vérifier cette hypothèse.

Les comportements punitifs du père

Dans le Modèle 2, les conduites punitives du père sont associées aux troubles intérieurs des jeunes adolescents. Les jeunes qui rapportent une fréquence élevée de comportements punitifs paternels (vs une fréquence moyenne) ont un risque plus élevé ($RC=2,03$) de présenter un trouble mental intérieurisé. D'une part, ce résultat va dans le sens des données de la littérature épidémiologique en général : les comportements punitifs ou disciplinaires sont associés à la présence d'un trouble psychologique chez le jeune (ex : Goodman et coll., 2007; Goodman et coll., 1998), qu'il s'agisse d'un trouble intérieurisé (ex. : Bergeron et coll., 2000) ou, plus spécifiquement, d'un trouble de type dépressif (ex. : Bergeron et coll. 2007a; Cohen et Brook, 1987;), émotif (ex. : Vostanis et coll., 2006) ou anxieux (ex. : Bergeron et coll. 2007b; Macmillan et coll., 1999; Shanahan et coll., 2008). D'autre part, les comportements punitifs sont le seul aspect de la relation parent-enfant examiné dans notre étude qui présente uniquement un effet direct (effet principal), c'est à dire qui n'interagit avec aucune autre variable testée. De plus, alors que le jeune évalue la relation avec son père et sa mère, seuls les comportements punitifs du père ressortent en association significative avec la variable dépendante et ce, autant dans le Modèle 1 (informateur adolescent) que dans le Modèle 2 (informateur parent).

Finalement, les résultats du Modèle 2 n'indiquent aucun effet principal pour la structure familiale, le soutien social du parent et la relation de couple, la scolarité du père, ce qui est concordant avec les analyses initiales de Bergeron et coll. (2000). Par ailleurs, nous n'avons trouvé aucun effet principal pour le revenu familial. Ce résultat n'est pas concordant avec Bergeron et coll. (2000) qui révèle une association entre un niveau de revenu élevé (vs faible) et les troubles intérieurs (évalués par le parent) chez les jeunes adolescents de 12 à 14 ans. Il est possible que nous n'ayons pas détecté une telle association en raison de l'univers des variables de notre étude qui diffère de celui utilisé dans Bergeron et coll. (2000).

4.3 Contributions, forces et limites de l'étude

4.3.1 Contributions

Selon les modèles théoriques, il est important de considérer les interactions entre les variables de différents niveaux : individuel, familial et socio-économique (ex. : Bronfenbrenner, 1979). Dans notre étude, la relation parent-enfant est conceptualisée comme une variable proximale pouvant être impliquée dans la survenue des troubles intériorisés des enfants. À notre connaissance, très peu d'études épidémiologiques ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes (ex : Doyle et coll., 2003; Lipman et coll., 2002; Wagner et coll., 1996). Cependant, les résultats de ces études suggèrent que les comportements punitifs sévères ou des techniques parentales hostiles peuvent interagir avec d'autres variables associées (ex. : structure familiale, événements stressants) dans la prédiction des troubles mentaux chez les enfants. Nos résultats suggèrent plutôt que les comportements punitifs du père sont significativement associés à la présence de trouble intériorisé chez les adolescents en tant qu'effet principal. À notre connaissance, notre étude est la première à inclure une évaluation par le jeune des comportements punitifs de son père et de sa mère de manière distincte. Nos résultats sont donc contributifs à la littérature, car ils indiquent que ce sont exclusivement les comportements punitifs du père qui sont directement associés à la présence d'un trouble intériorisé.

D'après nos résultats, ce sont les autres aspects de la relation parent-enfant comme les soins et les comportements favorisant l'autonomie qui interagissent avec les variables associées testées dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes. Notre étude met en évidence un nombre important d'interactions significatives entre les soins parentaux ou les comportements favorisant l'autonomie et plusieurs caractéristiques individuelles (i.e. le sexe, l'âge et la compétence sociale du jeune), familiales (i.e. la structure familiale, la position dans la fratrie) et socio-démographiques (scolarité de la mère, revenu familial) ce qui est un précédent dans la littérature épidémiologique. À partir des données de la littérature, nous avons postulé la présence d'une interaction significative entre le sexe du jeune et la relation parent-enfant, en lien avec les troubles

intériorisés des jeunes. Nos résultats indiquent que les filles sont non seulement plus à risque que les garçons de présenter un trouble intériorisé, mais que ce risque apparaît accentué lorsqu'elles perçoivent un manque de soins de la part de leur mère. L'ensemble de ces résultats sont contributifs à la littérature.

De plus, l'inclusion de la perception par le jeune de sa relation à la fois avec son père et sa mère a permis de mettre en évidence un nombre important d'interactions significatives qui impliquent la relation père-adolescent. En général, les informations concernant le père sont plus rares dans la littérature, en particulier en épidémiologie. Nos résultats indiquent que les comportements parentaux n'ont pas le même impact quant à la santé mentale du jeune selon qu'il s'agit du père ou de la mère.

Nos résultats appuient l'hypothèse d'un modèle multifactoriel de l'étiologie des troubles intériorisés, tel que suggéré par les modèles davantage intégratifs comme le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) et le modèle transactionnel (Sameroff et Chandler, 1975). Ces modèles théoriques proposent des liens complexes entre les niveaux de variables, comme des interactions entre des caractéristiques individuelles et familiales dans le développement et le maintien des troubles mentaux intériorisés chez les jeunes. Dans l'ensemble, les études suggèrent l'existence d'associations complexes entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés chez les jeunes. Bien que les mécanismes demeurent hypothétiques, il semble clair que la relation parent-enfant est une variable importante et qu'elle peut interagir avec d'autres caractéristiques, comme suggéré par les modèles théoriques. La relation parent-enfant peut être considérée comme un microsystème en interaction avec d'autres systèmes et environnements, où il existe des interrelations. Nos résultats appuient l'existence d'associations entre certains aspects de la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés des jeunes, tant proximales (sexe et âge du jeune, compétence sociale, position dans la fratrie) que plus distales (scolarité de la mère et niveau de revenu) comme suggéré par les modèles de Bronfenbrenner (1979) et Sameroff et Chandler (1975).

Par contre, nos résultats n'appuient pas le modèle intergénérationnel / interpersonnel de la dépression de Hammen (ex. : Brennan et coll., 2003; Eberhart et

coll., 2006; Hammen et coll., 2004; McClure et coll., 2001) qui suggère que la présence d'une psychopathologie parentale pourrait interagir avec la qualité de la relation parent-adolescent pour amplifier le risque d'un trouble dépressif chez le jeune. Nous n'avons pas détecté d'effet d'interaction entre la psychopathologie parentale et la relation parent-enfant dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes adolescents.

Nos résultats concernant les interactions avec le revenu familial ne vont pas tous dans la même direction; ils n'incriminent pas exclusivement la pauvreté, et suggèrent que les jeunes de familles plus aisées ne sont pas à l'abri des troubles intériorisés. Ainsi, certains sous-groupes de jeunes de milieux plus favorisés affichent des risques accrus de développer un trouble de type dépressif ou anxieux. En effet, au cours des années 1990, Luthar et ses collègues (Luthar et D'Avanzo, 1999) ont identifié dans leurs études comparatives –et à leur grande surprise– une prévalence plus élevée de comportements problématiques (ex. : consommation/abus de substances) et de symptômes intériorisés chez des jeunes de familles banlieusardes aisées. Ce résultat imprévu a incité Luthar à étudier les troubles intériorisés chez les jeunes de milieux plus aisés. Les études subséquentes de Luthar (Luthar et Latendresse, 2005; Luthar et Becker 2002) ont révélé que les jeunes vivant dans des familles plus aisées présentent significativement plus de dépression et d'anxiété que ceux vivant dans des milieux moins favorisés. Par la suite, Luthar et Latendresse (2005) recommandaient fortement que ces résultats soient répliqués dans un devis plus puissant comme une étude épidémiologique avec un échantillon représentatif d'une plus grande population. Nos résultats appuient à maints égards ceux de Luthar et ses collaborateurs; l'abondance du revenu ne met pas nécessairement les jeunes à l'abri des problèmes de type intériorisé. Même si on considère souvent la pauvreté comme un facteur de risque, un revenu familial élevé n'est pas, de façon absolue, un facteur de protection.

Finalement, le fait d'analyser les variables associées aux troubles mentaux en tenant compte de l'informateur (i.e. le jeune et son parent) apporte, à notre avis, beaucoup de richesse aux résultats. Non seulement les variables associées diffèrent selon l'informateur mais sans l'informateur « adolescent », tant au niveau de l'évaluation de ses troubles que de la relation avec son parent, les résultats significatifs seraient beaucoup moins nombreux ou révélateurs. L'inclusion des deux informateurs dans notre étude

complique l'interprétation et la synthèse des résultats. Par contre, la variabilité des résultats de chaque modèle appuie notre choix d'analyser les données par informateur pour ne pas perdre la richesse d'information. Il peut apparaître difficile de savoir comment interpréter les résultats qui diffèrent selon l'informateur. Il faudrait peut-être accorder plus d'importance aux variables associées qui ressortent dans les deux modèles ou selon les deux informateurs, comme les conduites punitives du père dans la présente étude. Cependant, comme il n'existe pas de consensus dans la littérature sur qui serait l'informateur idéal et nous ne sommes pas en mesure de solutionner ce problème, nous avons choisi d'analyser les données des deux informateurs séparément.

4.3.2 Forces de l'étude

Notre étude comporte plusieurs forces. Tout d'abord, soulignons le taux de réponse élevé de l'EQSMJ, la grande taille et la représentativité de l'échantillon à l'égard de la population des jeunes Québécois(es) de 12-14 ans, tous des éléments qui facilitent la généralisation des résultats à la population. La taille de l'échantillon ($n=825$) a aussi généré suffisamment de puissance pour tester les effets d'interactions dans des modèles multifactoriels. Par contre, on doit reconnaître que l'échantillon est représentatif des jeunes adolescents de 12 à 14 ans de 1992, année de réalisation de l'EQSMJ; il ne l'est pas nécessairement des adolescents d'aujourd'hui. Cependant, nous postulons que même si les prévalences des troubles mentaux intériorisés ont pu changer depuis, dans une direction et une ampleur inconnues, il est raisonnable de croire que les variables associées à ces troubles, elles, n'ont pas radicalement changé.

L'utilisation d'un instrument standardisé pour l'évaluation des troubles mentaux intériorisés des jeunes, et qui s'appuie sur les critères du DSM-III-R, est une autre force de l'étude. Le recours aux critères du DSM pour l'évaluation de la présence d'un trouble mental permet d'établir un consensus sur la définition et la classification d'un diagnostic. Cela assure aussi davantage de précision et de standardisation des concepts évalués. Ces avantages méthodologiques permettent de comparer plus facilement les résultats obtenus à ceux des études analogues.

L'inclusion de plusieurs informateurs, l'adolescent et son parent, non seulement pour l'évaluation des troubles mentaux du jeune, mais aussi pour la relation parent-

adolescent, est une autre force de notre étude. L'utilisation de la perspective du jeune et celle de son parent contribue à la richesse des données recueillies, d'autant plus que les évaluations, par le jeune, de sa relation avec sa mère et avec son père ont été obtenues séparément.

Peu de données épidémiologiques comparables existent, surtout concernant ce groupe d'âge spécifique (12 à 14 ans) et à notre connaissance, aucune autre étude de ce type n'a été réalisée au Québec. Très peu de chercheurs ont examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées aux troubles intériorisés à partir d'un échantillon représentatif (ex : Doyle et coll., 2003; Wagner et coll., 1996). À notre connaissance, aucune autre étude n'a évalué à ce jour les effets d'interaction entre la relation parent-adolescent et d'autres variables associées aux troubles intériorisés dans un modèle multifactoriel auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents québécois de la population en général.

4.3.3 Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites qui peuvent être catégorisées de la manière suivante : certaines découlent du devis de l'EQSMJ ou de choix méthodologiques qui ont été posés pour la présente étude. D'autres sont attribuables à l'absence de certaines informations dans le protocole de l'EQSMJ.

Limites liées au devis de l'étude

Premièrement, en raison de la nature transversale de la collecte de données dans l'EQSMJ, aucune inférence causale ne peut être faite à partir des associations trouvées. Nous ne pouvons nous prononcer sur la direction des effets, ni sur leur chronologie. Par exemple, nous ne pouvons déterminer la séquence des événements : le trouble intériorisé précède-t-il la relation parent-enfant ou est-ce le contraire ? Pour illustrer, un parent pourrait être moins porté à favoriser l'autonomie chez un enfant déprimé ou anxieux; par contre, il est aussi possible qu'un enfant dont le parent ne favorise pas l'autonomie développe un trouble anxieux ou dépressif.

Deuxièmement, il est difficile de déterminer quelle variable exerce le rôle de modérateur lorsqu'un effet d'interaction est identifié entre deux variables. Selon Kraemer et coll. (2006), le modérateur devrait être antécédent à la variable prédictive. Dans la présente étude, la collecte des données s'est effectuée au cours d'une même période de temps. Il n'est donc pas possible de déterminer si la relation parent-enfant précède ou non les variables prédictives impliquées dans les effets d'interaction. L'ordre des variables et la direction des liens proposés demeurent hypothétiques.

Troisièmement, alors que le sexe des jeunes participants à l'EQSMJ était balancé dans chaque groupe d'âge, il ne l'était pas pour les parents répondants ; 93% des parents répondants de l'EQSMJ sont des femmes, dont la grande majorité, des mères biologiques (91%). Très peu de pères répondants ont participé à l'Enquête. L'évaluation, par le parent, de la relation parent-enfant est donc essentiellement faite par des mères. Il en est de même pour l'évaluation parentale des troubles intériorisés du jeune. À notre connaissance, aucune étude épidémiologique comparable à la nôtre ne comporte de répondants masculins ou des pères en nombre suffisant pour pouvoir tirer des conclusions qui les concernent; les pères demeurent sous-représentés dans ce type d'études. Des études épidémiologiques auprès de pères offriraient une perspective nouvelle et contribueraient à une meilleure compréhension du rôle de la relation père-enfant dans l'étiologie des troubles intériorisés.

Quatrièmement, dans notre étude, un nombre limité de variables a été inclus dans les deux modèles élaborés. D'autres variables auraient pu être impliquées dans l'étude des interactions avec la relation parent-enfant, pour mieux comprendre l'étiologie des troubles intériorisés. À titre d'exemple, Wagner et coll. (1996) ont rapporté dans un modèle de régression comportant un nombre restreint de variables, une interaction significative entre les événements de vie stressants du jeune et les comportements punitifs sévères lorsqu'ils sont présents chez les deux parents, dans la prédiction de la dépression. Dans notre étude, nous n'avons pas inclus les événements de vie comme variables prédictives. Aussi, des études futures devraient poursuivre l'examen des interactions entre les comportements punitifs et les événements de vie stressants dans la prédiction des troubles mentaux intériorisés, en particulier dans des modèles multivariés.

Cinquièmement, dans notre étude, les analyses sont de type exploratoire. Il est probable que certains résultats significatifs soient le résultat du hasard (erreur de type I). De même, il est également possible que certains résultats significatifs soient dus à l'erreur de type II. Ce constat est typique des analyses dites exploratoires, et inévitable, car ces analyses comportent beaucoup de tests statistiques, comme dans la présente étude. Ainsi, les analyses exploratoires servent avant tout à formuler des hypothèses et non à les confirmer. Bien qu'ils doivent être interprétés avec prudence, les résultats significatifs dans notre étude représentent des pistes intéressantes pour recommander des études complémentaires qui permettraient de confirmer les résultats trouvés.

Les résultats de la présente étude démontrent des effets d'interaction entre plusieurs caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques, et des composantes de la relation parent-enfant comme les soins et les comportements favorisant l'autonomie. Les interactions trouvées impliquent surtout les scores de comportements de soin ou d'autonomie se situant aux extrêmes de la distribution, i.e. un score faible ou élevé *versus* un niveau moyen. Par ailleurs, dans notre étude, l'effet des comportements punitifs apparaît plus clair que celui des autres aspects de la relation parent-enfant, car c'est exclusivement une fréquence élevée de comportements punitifs du père (*vs* une fréquence moyenne) qui est associée à la présence d'un trouble intériorisé chez l'adolescent. De plus, comme les comportements punitifs n'interagissent avec aucune des variables prédictives testées, tant dans le Modèle 1 (informateur adolescent) que dans le Modèle 2 (informateur parent), ceci indique qu'une fréquence élevée de comportements punitifs paternels est directement associée aux troubles intériorisés chez l'adolescent.

Une sixième limite associée à notre étude est que les résultats obtenus concernant les échelles de comportements de soin et d'autonomie pourraient mettre en doute la validité d'une interprétation linéaire de ces échelles, dans le sens que ce serait un score moyen qui serait gage de santé mentale. En d'autres mots, il semblerait que le score « optimal » ne soit pas de recevoir le plus de soins ou d'encouragement de l'autonomie possible, mais plutôt d'en recevoir moyennement. Comme les données sur la validité du QCAP n'ont pas toutes été publiées –mis à part les résultats de l'analyse factorielle (Bergeron et coll., 1993)– des recherches futures sur cette question seraient pertinentes.

Cependant, il faut rappeler que les propriétés psychométriques de l'instrument QCAP se comparent avantageusement à celles d'autres mesures de la relation parent-enfant (Bergeron et coll., 1993) : en effet, dans le cas des autres mesures publiées, on tend généralement à privilégier soit les analyses de consistance interne ou l'analyse factorielle comme seuls critères de validation de construit (Bergeron, 23 octobre 2008, communication personnelle).

La co-morbidité entre les troubles intériorisés et extériorisés chez les jeunes n'a pas été contrôlée dans les analyses de notre étude, ce qui constitue une autre limite. Il est possible que des résultats différents aient été obtenus si nous avions distingué les jeunes qui présentent plus d'un type de troubles (i.e. intériorisés/extériorisés). Il faut dire, cependant, que ce type de contrôle est rarement effectué dans la littérature épidémiologique, même si les implications cliniques de l'interprétation des résultats peuvent en être affectées. Un jeune qui présente un trouble intériorisé « pur » n'aurait pas le même profil symptomatique qu'un jeune qui présente une co-morbidité ; les variables associées, ainsi que le traitement de ces deux types de profils ne seraient pas les mêmes non plus.

Finalement, une limite de l'étude est le fait que les mesures de compétence sociale et du soutien social du parent étaient limitées. Ces mesures ne comportaient chacune que trois item. Ces variables ont donc été évaluées sommairement dans le contexte de l'EQSMJ (1992) où il y avait un grand nombre de variables (modèles multivariés dans un contexte épidémiologique). Des recherches futures devraient inclure des mesures de compétence sociale et de soutien social (parent) plus élaborées.

Limites liées à l'absence de certaines informations

Un autre type de limite a trait à l'absence de certaines informations dans le protocole de l'EQSMJ. Ainsi, nous n'avons aucune donnée sur des variables cognitives, génétiques ou biologiques, malgré leur rôle reconnu dans l'étiologie des troubles dépressifs et anxieux. De même, certaines variables, comme le soutien provenant du réseau d'amis du jeune, n'ont pas été considérées dans l'Enquête, alors que des auteurs comme Vendette et Marcotte (2000) en ont souligné l'importance.

Une autre limite a trait à l'évaluation de la psychopathologie du parent qui porte sur la vie entière, au moyen du DISSA. Nous ne savons pas si, au moment de l'Enquête, le parent souffre toujours d'un trouble intériorisé ou non. Il est donc possible que certains parents répondants aient présenté un trouble dépressif ou anxieux au moment de la collecte de données. La présence d'un tel trouble pourrait alors contribuer au biais intra-informateur, i.e. le parent déprimé qui perçoit tout plus négatif, y compris la santé mentale de son jeune.

Une autre limite est le fait que nous avons restreint principalement la recension de littérature et des données empiriques aux études épidémiologiques qui ont utilisé les critères du DSM pour l'évaluation des troubles mentaux. Cette restriction a été décidée afin de comparer nos résultats à des cadres méthodologiques semblables. Cependant, étant donné cette restriction, de nombreuses études de la littérature psychosociale n'ont pas été mentionnées et l'interprétation de nos résultats ne peut s'en inspirer.

Par ailleurs, dans la mesure de la relation parent-enfant, certains éléments d'informations n'ont pas été évalués, comme le temps passé à la maison par le parent, le nombre d'heures où le jeune n'est pas supervisé par le parent, les attentes du parent envers la performance de son jeune, etc. Ces éléments d'information auraient facilité l'interprétation des interactions trouvées, en particulier les scores de la mesure se situant aux extrêmes de la distribution. Ceci est particulièrement vrai pour les comportements de soin et ceux favorisant l'autonomie du jeune.

Finalement, il est nécessaire de mentionner une importante limite de notre étude et qui a trait à l'époque où les données de l'EQSMJ ont été recueillies. Ces données datent des années 90' et, malgré qu'elles étaient représentatives des adolescents de 12 à 14 ans de cette époque, elles ne le sont pas nécessairement des jeunes actuellement. Par ailleurs, comme l'objectif principal de notre étude ne porte pas sur l'estimation des prévalences comme telles, ceci risque moins d'affecter la validité des résultats concernant les variables associées, sauf si certaines caractéristiques ont pu changer depuis la collecte des données. Ceci dit, les études comme l'EQSMJ sont très coûteuses et ne sont souvent pas suffisamment exploitées. De plus, ces études incluent de nombreuses variables (modèles multifactoriels) et des échantillons de taille importante, et permettent d'explorer

des relations d'interaction complexes, ce qui n'est pas toujours possible dans d'autres contextes de recherche.

4.4 Recherches futures

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'étiologie et les mécanismes complexes qui impliquent la relation parent-enfant et d'autres variables associées à la présence de troubles intériorisés.

Nos résultats suggèrent que l'importance de certains aspects de la relation parent-enfant varie selon le sexe du parent et celui du jeune. Ainsi, dans des recherches futures, il serait pertinent non seulement d'inclure le jeune comme informateur, mais aussi la mère et, en particulier, le père du jeune. Il demeure que l'utilisation d'un échantillon représentatif et des mesures s'appuyant sur les critères du DSM pour l'évaluation des troubles sont des atouts à privilégier.

Pour combler les lacunes identifiées dans la présente étude transversale, où la chronologie des phénomènes ne peut être établie, un devis longitudinal permettrait de mieux comprendre les mécanismes et, plus spécifiquement, le rôle modérateur de la relation parent-enfant.

Afin de mieux comprendre la signification des scores plus extrêmes de la mesure de la relation parent-enfant, en particulier aux sous-échelles de soins et d'autonomie, des études de validation additionnelles seraient pertinentes.

Finalement, d'autres types d'études, comme des études qualitatives réalisées auprès de sous-groupes ciblés, permettraient de tester les hypothèses que nous proposons pour expliquer les effets d'interaction trouvés. Ces études pourraient contribuer à mieux comprendre la direction des effets et les mécanismes en cause.

4.5 Implications cliniques

Des résultats de notre étude découlent plusieurs implications pour la pratique clinique. D'abord, les résultats ont permis d'identifier qu'une fréquence élevée de conduites punitives paternelles est associée à un risque plus élevé de présenter un trouble dépressif ou anxieux chez l'adolescent. Même si nous ne pouvons distinguer la direction des effets, il serait important de sensibiliser les intervenants en santé mentale qui

travaillent auprès des familles, et surtout des pères d'adolescents, des effets potentiellement négatifs associés à la fréquence élevée des conduites punitives.

De plus, les résultats montrent qu'une fréquence élevée ou faible de comportements de soin ou de comportements favorisant l'autonomie, en combinaison avec d'autres conditions est associée à une prévalence plus élevée de troubles intériorisés. Il serait pertinent de diffuser ces informations aux intervenants qui travaillent auprès des familles pour sensibiliser les parents d'adolescents. McMahon et Luthar (2007) ont relevé le phénomène de « parentification » qui survient dans certaines familles où les parents ont des attentes inappropriées et irréalistes envers les capacités de leurs jeunes à se prendre en charge. Ainsi, il serait important d'informer les parents de viser un équilibre à l'égard des soins et des comportements favorisant l'autonomie.

Comme prévu, un effet du sexe associé à certains aspects de la relation parent-enfant est démontré par nos résultats. Ainsi, les jeunes adolescentes semblent particulièrement vulnérables à un manque perçu de soins de la part de leur mère. Comme c'est la perception du jeune qui est en cause, il serait utile de signaler aux intervenants d'accorder de l'attention à la perspective qu'ont les filles à l'adolescence de leur relation avec leur mère, même si ces dernières estiment que leurs comportements de soin sont adéquats.

Enfin, notre étude suggère qu'il semble se passer quelque chose de particulier à l'égard de la relation père-enfant chez les jeunes adolescents (garçons ou filles) qui vivent dans les familles les plus aisées de notre échantillon. Il serait important de sensibiliser les intervenants et les parents du fait que les jeunes qui vivent dans les familles plus aisées ne sont pas à l'abri de la dépression et de l'anxiété.

CONCLUSIONS

La présente étude visait une exploration des effets d'interaction entre la relation parent-enfant et des caractéristiques personnelles, familiales et socio-démographiques de l'adolescent (âge, sexe, position dans la fratrie, compétence sociale, psychopathologie parentale, structure familiale, soutien social, revenu, etc.) dans leur pouvoir de prédiction des troubles mentaux intériorisés.

Très peu d'études épidémiologiques ont systématiquement examiné les effets d'interaction entre la relation parent-enfant et d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intériorisés à l'adolescence, et ce, à partir d'un échantillon populationnel représentatif (ex: Lipman et coll., 2002; Wagner et coll., 1996). Les résultats des études effectuées jusqu'à présent indiquent que les comportements punitifs sévères peuvent interagir avec d'autres variables associées (ex. : structure familiale, événements stressants) dans la prédiction des troubles mentaux intériorisés des jeunes. Toutefois, dans notre étude, les comportements punitifs n'interagissent avec aucune des variables prédictives que nous avons testées. De plus, d'après nos résultats, ce sont plutôt les comportements punitifs du père qui sont associés à la présence d'un trouble intériorisé chez les jeunes adolescents. À notre connaissance, notre étude est la première à inclure des évaluations par le jeune des comportements punitifs de chacun de ses parents. Nos résultats sont donc contributifs à la littérature, car, ils indiquent que ce sont exclusivement les comportements punitifs du père qui sont directement associés à la présence d'un trouble intériorisé chez l'adolescent, tant dans le Modèle 1 (informateur adolescent) que dans le Modèle 2 (informateur parent).

Selon les résultats de notre étude, ce sont d'autres aspects de la relation parent-jeune, comme les comportements de soin et ceux favorisant l'autonomie, qui interagissent avec d'autres variables associées dans la prédiction des troubles intériorisés chez les jeunes adolescents. Il semble bien que les effets des comportements de soins et d'autonomie ne soient pas uniformes pour tous. Dans un contexte d'analyses

multivariées, nous avons mis en évidence un nombre important d'interactions significatives entre les comportements parentaux de soin ou favorisant l'autonomie, et plusieurs caractéristiques individuelles du jeune, comme son sexe et son âge, sa compétence sociale, ainsi que des caractéristiques familiales (la structure familiale, la position dans la fratrie), et socio-démographiques (scolarité de la mère, revenu familial) dans la prédiction des troubles intériorisés. Les interactions trouvées impliquent surtout les scores de comportements de soin ou d'autonomie se situant aux extrêmes de la distribution, i.e. un score faible ou élevé *versus* un niveau moyen.

Par ailleurs, les comportements parentaux ne semblent pas avoir le même impact sur le bien-être de l'adolescent selon qu'il s'agit de la mère ou du père. Ainsi, en distinguant dans les analyses la perception, par le jeune, de sa relation avec son père et avec sa mère, ceci a permis de mettre en évidence de nombreuses interactions significatives qui impliquent la relation père-adolescent. Comme les données concernant la relation père-adolescent sont beaucoup plus rares dans la littérature, et particulièrement en épidémiologie pédopsychiatrique, ceci augmente la contribution de notre étude à l'avancement des connaissances.

Des recherches futures, avec des devis différents de celui de notre étude, seront nécessaires pour approfondir la compréhension de l'étiologie des troubles mentaux intériorisés des jeunes adolescents et, plus spécifiquement, du rôle de la relation parent-enfant dans l'émergence de ces troubles. Par exemple, le recours à un devis longitudinal permettrait de mieux comprendre les mécanismes soit d'apparition ou de maintien des troubles; à la différence d'une étude transversale, une étude longitudinale permet davantage d'établir la chronologie des phénomènes et de déterminer la direction des effets.

Tableau 1.1 Force d'association des variables associées aux troubles mentaux intériorisés identifiées par Bergeron et coll. (2000) dans le cadre de l'EQSMJ, selon l'informateur (jeune/parent) sur les troubles

Variables	Groupe d'âge	Force d'association	Rapport des cotes (RC) / informateur	IC ⁽¹⁾
CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES DU JEUNE				
Sexe • Filles vs garçons	9 à 11 ans	Faible	1.80 (jeune)	[1.03, 3.14]
Age • 9 ou 10 vs 11 ans	9 à 11 ans	Modéré	2.30 (jeune)	[1.17, 4.53]
Maladie physique chronique • Présence vs absence	9 à 11 ans	Modéré	2.16 (jeune)	[1.19, 3.90]
Compétence sociale • Score faible vs moyen	12 à 14 ans	Faible	1.67 (parent)	[1.25, 2.23]
CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES				
Psychopathologie parentale • Dépression / phobie vs absence	12 à 14 ans	Modéré	3.05 (parent)	[1.72, 5.42]
Structure familiale • Monoparentale vs biparentale	9 à 11 ans	Modéré	2.06 (parent)	[1.19, 3.59]
Position dans la fratrie • 3 ^{ième} et plus vs les autres	12 à 14 ans	Fort	4.57 (parent)	[2.30, 9.05]
Soutien social au parent		ns ⁽²⁾		
Relation de couple		ns ⁽²⁾		
Relation parent-enfant (comportements punitifs du père) • Fréquence élevée vs moyenne • Fréquence élevée vs moyenne	12 à 14 ans	Faible Faible	1.32 (jeune) 1.81 (parent)	[1.05, 1.65] [1.39, 2.35]
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES				
Scolarité du parent • Secondaire ou moins vs collégial • Universitaire vs collégial	12 à 14 ans	Modéré Modéré	2.77 (jeune) 2.66 (jeune)	[1.36, 5.63] [1.03, 6.90]
Revenu familial • Élevé/moyen vs faible/très faible	12 à 14 ans	Modéré	3.72 (parent)	[1.65, 8.40]

1. IC : intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

2. ns : non significatif.

Tableau 3.1 Caractéristiques de l'échantillon (n=825)

VARIABLES	%	N
CARACTÉRISTIQUES DE L'ADOLESCENT		
Sexe		
• Garçon	51,5	425
• Fille	48,5	400
Age		
• 12	33,9	279
• 13	33,4	276
• 14	32,7	269
Compétence sociale du jeune	Moyenne	Écart type
• Selon l'adolescent	7,49	3,52
• Selon le parent	6,94	3,61
Indice de santé physique		
• Aucune maladie physique	66,0	544
• Une ou plusieurs maladies physiques (sans diminution de l'autonomie ou consommation de médicaments)	16,7	138
• Une ou plusieurs maladies physiques (avec diminution de l'autonomie ou consommation de médicaments)	17,3	143

Tableau 3.1 Caractéristiques de l'échantillon (n=825) (suite)

CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES	%	N
Structure familiale		
• Deux parents biologiques ou adoptifs	73,3	604
• Famille monoparentale		
Mère	14,3	118
Père	1,6	3
• Famille reconstituée avec conjoint		
Mère	6,4	53
Père	1,7	14
• Famille reconstituée avec conjoint et enfant du conjoint		
Mère	1,6	13
Père	0,8	7
• Autre	0,4	3
Position dans la fratrie		
• Enfant unique	10,4	85
• Premier	37,0	304
• Deuxième	36,5	300
• Troisième ou plus	16,1	132
Troubles mentaux du parent répondant au cours de la vie		
• Dépression majeure	21,0	174
• Panique ou anxiété généralisée	24,4	202
• Phobie	13,6	112

Tableau 3.1 (suite) Caractéristiques de l'échantillon (n=825)

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	%	N
Scolarité des parents		
• Mère		
Secondaire V ou moins	67,6	548
Collégial	21,9	177
Universitaire	10,5	85
• Père		
Secondaire V ou moins	63,3	440
Collégial	19,0	132
Universitaire	17,6	122
Revenu familial suffisant		
• Très pauvre	9,4	74
• Autre pauvre	14,9	118
• Moyen inférieur	42,5	336
• Moyen supérieur et riche	33,2	263

Tableau 3.2 Prévalences des troubles intériorisés selon l'informateur et le sexe du jeune (n=825)

TYPE DE TROUBLE INTÉRIORISÉ	INFORMATEUR JEUNE	INFORMATEUR PARENT
	%	%
Phobie simple	10,2	7,5
Filles	16,1	10,1
Garçons	4,6	5,1
Phobie simple + au moins un (1) problème d'adaptation	2,6	1,5
Filles	4,3	1,8
Garçons	0,9	1,2
Angoisse de séparation	1,3	1,5
Filles	1,5	1,1
Garçons	1,1	1,8
Hyperanxiété/ anxiété généralisée	1,7	5,5
Filles	3,1	6,5
Garçons	0,4	4,5
Dépression majeure	2,4	2,0
Filles	4,3	2,4
Garçons	0,7	1,6
Dysthymie	1,2	1,2
Filles	2,1	2,1
Garçons	0,4	0,4
Au moins un (1) trouble mental intériorisé	14,2	13,7
Filles	22,3	17,7
Garçons	6,5	10,0

Tableau 3.3 Interactions significatives à $p \leq .10$ impliquant la relation parent-enfant et chaque variable prédictive, identifiées grâce à la construction de 180 modèles bivariés de régression logistique. Variable dépendante : trouble mental intériorisé selon l'adolescent (n=825)

VARIABLE PRÉDICTIVE	RELATION PARENT-ADOLESCENT		NIVEAU DE SIGNIFICATION
	DIMENSION	INFORMATEUR	
INDIVIDUELLES			
Sexe	Autonomie	Parent	$p < ,05$
Sexe	Autonomie – mère	Adolescent	$p < ,05$
Maladie physique chronique	Soins – mère	Adolescent	$p < ,04$
Compétence sociale (selon l'adolescent)	Soins	Parent	$p < ,04$
FAMILIALES			
Structure familiale	Soins – mère	Adolescent	$p < ,002$
Position dans la fratrie	Autonomie – mère	Adolescent	$p < ,006$
Position dans la fratrie	Soins – père	Adolescent	$p < ,08$
Position dans la fratrie	Punition – père	Adolescent	$p < ,08$
Soutien social	Punition	Parent	$p = ,10$
Relation de couple (consensus)	Punition	Parent	$p < ,004$
Relation de couple (satisfaction)	Punition	Parent	$p < ,06$
Relation de couple (score total)	Punition	Parent	$p < ,02$
Relation de couple (consensus)	Autonomie	Parent	$p < ,06$
Relation de couple (satisfaction)	Autonomie	Parent	$p < ,02$

Tableau 3.3 Interactions significatives à $p \leq .10$ impliquant la relation parent-enfant et chaque variable prédictive, identifiées grâce à la construction de 180 modèles bivariés de régression logistique. Variable dépendante : trouble mental intériorisé selon l'adolescent (n=825) (suite)

VARIABLE PRÉDICTIVE	RELATION PARENT-ADOLESCENT		NIVEAU DE SIGNIFICATION
	DIMENSION	INFORMATEUR	
FAMILIALES			
Relation de couple (cohésion)	Autonomie	Parent	$p < ,02$
Relation de couple (affection)	Autonomie	Parent	$p < ,03$
Relation de couple (score total)	Autonomie	Parent	$p < ,01$
SOCIODÉMOGRAPHIQUES			
Scolarité de la mère	Soins – père	Adolescent	$p < ,05$
Revenu familial	Soins – père	Adolescent	$p < ,03$

Tableau 3.4 Interactions significatives à $p \leq .10$ impliquant la relation parent-enfant et chaque variable prédictive, identifiées grâce à la construction de 180 modèles bivariés de régression logistique. Variable dépendante : trouble mental intériorisé selon le parent (n=825)

VARIABLE PRÉDICTIVE	RELATION PARENT-ADOLESCENT		NIVEAU DE SIGNIFICATION
	DIMENSION	INFORMATEUR	
INDIVIDUELLES			
Age	Soins – père	Adolescent	$p < ,06$
Sexe	Soins – mère	Adolescent	$p < ,06$
Maladie physique chronique	Soins – mère	Adolescent	$p < ,03$
Maladie physique chronique	Punition – père	Adolescent	$p < ,02$
Compétence sociale (selon le parent)	Soins	Parent	$p < ,08$
Compétence sociale (selon le parent)	Punition – mère	Adolescent	$p < ,05$
FAMILIALES			
Position dans la fratrie	Soins	Parent	$p < ,06$
Position dans la fratrie	Punition	Parent	$p < ,08$
Position dans la fratrie	Soins – mère	Adolescent	$p < ,08$
Soutien social	Punition	Parent	$p < ,01$
Présence d'une dépression chez le parent répondant	Soins – mère	Adolescent	$p < ,06$
Présence d'une phobie simple ou d'agoraphobie chez le parent répondant	Soins	Parent	$p < ,03$

Tableau 3.4 Interactions significatives à $p \leq .10$ impliquant la relation parent-enfant et chaque variable prédictive, identifiées grâce à la construction de 180 modèles bivariés de régression logistique. Variable dépendante : trouble mental intériorisé selon le parent (n=825) (suite)

VARIABLE PRÉDICTIVE	RELATION PARENT-ADOLESCENT		NIVEAU DE SIGNIFICATION
	DIMENSION	INFORMATEUR	
SOCIODÉMOGRAPHIQUES			
Scolarité de la mère	Autonomie – mère	Adolescent	$p < ,005$
Scolarité de la mère	Autonomie – père	Adolescent	$p < ,06$
Scolarité du père	Soins	Parent	$p < ,07$
Scolarité du père	Punition	Parent	$p < ,08$

Tableau 3.5 Modèle 1 de régression logistique pour la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans, selon l'adolescent (n=825)

Variables	Différence de logits	Erreur type	P ⁽¹⁾	Rapport de cotes	IC ⁽²⁾
INTERACTIONS					
Structure familiale X Comportements de soins de la relation mère-adolescent			.005		
- Monoparentale vs bi-parentale	0.453	0.509		1.57	[0.58, 4.27]
- Reconstituée vs bi-parentale parmi ceux qui ont un score faible ⁽⁴⁾	-2.163	1.603		0.11	[0.01, 2.66]
- Reconstituée vs bi-parentale parmi ceux qui ont un score moyen	-0.418	0.905		0.65	[0.11, 3.88]
- Reconstituée vs bi-parentale parmi ceux qui ont un score élevé	1.327	0.680		3.77	[0.99, 14.29]
- Score faible vs score moyen parmi les monoparentale et bi-parentale	0.400	0.185		1.49	[1.04, 2.14]
- Score élevé vs score moyen parmi les reconstituées	1.345	0.806		3.83	[0.79, 18.63]
Rang dans la fratrie X Échelle d'autonomie de la relation mère-adolescent			.013		
- 2 ^{ième} vs 1 ^{er}	0.142	0.433		1.15	[0.49, 2.69]
- 3 ^{ième} ou plus vs 1 ^{er}	1.045	0.467		2.84	[1.14, 7.10]
- Unique vs 1 ^{er} parmi ceux qui ont un score faible ⁽⁵⁾	-3.961	2.981		0.01	[0.00, 6.56]
- Unique vs 1 ^{er} parmi ceux qui ont un score moyen	-1.309	1.539		0.27	[0.01, 5.51]
- Unique vs 1 ^{er} parmi ceux qui ont un score élevé	1.343	0.632		3.83	[1.11, 13.22]
- Score faible vs score moyen parmi les 1 ^{er} , 2 ^{ième} , 3 ^{ième} ou plus	0.132	0.164		1.14	[0.83, 1.57]
- Score élevé vs score moyen parmi les enfants uniques	2.520	1.497		12.42	[0.66, 233.72]

1. Test de rapport de vraisemblance.

2. Intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

3. Un score faible indique une fréquence plus élevée de comportements punitifs.

4. Un score faible indique une fréquence moins élevée de comportements de soins.

5. Un score faible indique une fréquence moins élevée d'attitudes favorisant l'autonomie.

S.V.P., notez : les résultats significatifs sont indiqués en caractères **gras**.

Tableau 3.5 Modèle 1 de régression logistique pour la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans, selon l'adolescent (n=825) (suite)

Variables	Différence de logits	Erreur type	p ⁽¹⁾	Rapport de cotes	IC ⁽²⁾
Revenu familial X Comportements de soins de la relation père-adolescent			.014		
- Très pauvre vs moyen inférieur	0.102	0.573		1.10	[0.36, 3.40]
- Pauvre vs moyen inférieur	-0.511	0.504		0.60	[0.22, 1.61]
- Score faible vs score moyen, parmi les très pauvre, pauvre et moyen inférieur	-0.294	0.282		0.74	[0.43, 1.29]
- Score faible vs score moyen, parmi les moyen supérieur et riche	0.822	0.314		2.27	[1.23, 4.21]
- Moyen inférieur vs moyen supérieur et riche, parmi ceux qui ont un score faible ⁽⁴⁾	0.551	0.627		0.58	[0.17, 1.93]
- Moyen inférieur vs moyen supérieur et riche, parmi ceux qui ont un score moyen	-0.559	0.543		1.75	[0.60, 5.26]
- Moyen inférieur vs moyen supérieur et riche, parmi ceux qui ont un score élevé	-1.675	0.828		5.34	[1.05, 27.02]
EFFETS PRINCIPAUX					
Sexe			.000		
- Filles vs garçons	1.360	0.376		3.89	[1.86, 8.13]
Scolarité de la mère			.014		
- Secondaire V ou moins vs collégial	-1.619	0.681		5.05	[1.33, 19.23]
- Secondaire V ou moins vs universitaire	0.102	0.543		.91	[0.31, 2.63]
Conduites punitives de la relation père-adolescent			.032		
- Score faible ⁽³⁾ vs score moyen	0.336	0.152		1.39	[1.04, 1.89]

1. Test de rapport de vraisemblance.

2. Intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

3. Un score faible indique une fréquence plus élevée de comportements punitifs.

4. Un score faible indique une fréquence moins élevée de comportements de soins.

5. Un score faible indique une fréquence moins élevée d'attitudes favorisant l'autonomie.

S.V.P. notez : les résultats significatifs sont indiqués en caractères **gras**.

Tableau 3.6 Modèle 2 de régression logistique pour la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans, selon le parent (n=825)

Variables	Différence de logits	Erreur type	P ⁽¹⁾	Rapport de cotes	IC ⁽²⁾
INTERACTIONS					
Age X Comportements de soins de la relation père-adolescent			.002		
- Score faible ⁽⁴⁾ vs moyen, parmi les jeunes de 13 ans	1.215	0.171		3.37	[2.41, 4.71]
- Score faible vs moyen, parmi les jeunes de 12 et 14 ans	-0.160	0.245		0.85	[0.53, 1.38]
- 12 ou 14 ans vs 13 ans, parmi ceux qui ont un score faible	0.064	0.215		1.06	[0.69, 1.63]
- 12 ou 14 ans vs 13 ans, parmi ceux qui ont un score moyen	1.439	0.503		4.21	[1.57, 11.30]
- 12 ou 14 ans vs 13 ans, parmi ceux qui ont un score élevé	2.814	0.840		16.67	[3.21, 86.52]
Sexe X Comportements de soins de la relation mère-adolescent			.001		
- Score faible ⁽⁴⁾ vs score moyen, parmi les filles	0.595	0.265		1.81	[1.08, 3.05]
- Score faible vs score moyen, parmi les garçons	-0.530	0.281		0.58	[0.34, 1.02]
- Filles vs garçons, parmi ceux qui ont un score faible	1.356	0.477		3.88	[1.52, 9.88]
- Filles vs garçons, parmi ceux qui ont un score moyen	-0.231	0.368		0.79	[0.39, 1.63]
- Filles vs garçons, parmi ceux qui ont un score élevé	-0.894	0.530		0.40	[0.15, 1.16]

1. Test de rapport de vraisemblance.

2. Intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

3. Un score faible indique une fréquence plus élevée de comportements punitifs.

4. Un score faible indique une fréquence moins élevée de comportements de soins.

5. Un score faible indique une fréquence moins élevée d'attitudes favorisant l'autonomie.

S.V.P. notez : les résultats significatifs sont indiqués en caractères **gras**.

Tableau 3.6 Modèle 2 de régression logistique pour la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans, selon le parent (n=825) (suite)

Variables	Différence de logits	Erreur type	P ⁽¹⁾	Rapport de cotes	IC ⁽²⁾
INTERACTIONS					
Compétence sociale (selon le parent) X comportements de soins de la relation parent-adolescent			.002		
- Score élevé vs moyen, parmi les jeunes avec compétence sociale faible ⁽⁴⁾	-0.320	0.227		0.72	[0.47, 1.13]
- Score élevé vs moyen, parmi les jeunes avec compétence sociale moyenne	0.260	0.191		1.29	[0.89, 1.89]
- Score élevé vs moyen, parmi les jeunes avec compétence sociale élevée	0.840	0.318		2.31	[1.24, 4.32]
- Compétence sociale faible vs moyenne, parmi ceux qui ont un score faible	0.920	0.311		2.50	[1.36, 4.62]
- Compétence sociale faible vs moyenne, parmi ceux qui ont un score moyen	0.340	0.216		1.40	[0.92, 2.15]
- Compétence sociale élevée vs moyenne, parmi ceux qui ont un score élevé	0.240	0.277		1.27	[0.74, 2.19]
Scolarité de la mère X Échelle d'autonomie de la relation mère-adolescent			.000		
- Score élevé vs score moyen, parmi les Secondaire V ou moins	0.184	0.248		1.20	[0.74, 1.95]
- Score faible ⁽⁵⁾ vs score moyen, parmi les niveaux collégial ou universitaire	1.288	0.389		3.62	[1.69, 7.77]
- Universitaire vs Secondaire V ou moins, parmi ceux qui ont un score faible	1.945	0.741		6.99	[1.64, 29.89]
- Collégial vs Secondaire V ou moins, parmi ceux qui ont un score faible	1.472	0.420		4.35	[1.91, 9.93]
- Secondaire V ou moins vs universitaire, parmi ceux qui ont un score élevé	0.999	0.659		2.71	[0.75, 9.88]
- Secondaire V ou moins vs collégial, parmi ceux qui ont un score élevé	1.472	0.420		4.35	[1.91, 9.93]
- Universitaire vs collégial	0.473	0.561		1.60	[0.53, 4.82]

1. Test de rapport de vraisemblance.

2. Intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

3. Un score faible indique une fréquence plus élevée de comportements punitifs.

4. Un score faible indique une fréquence moins élevée de comportements de soins.

5. Un score faible indique une fréquence moins élevée d'attitudes favorisant l'autonomie.

S.V.P. notez : les résultats significatifs sont indiqués en caractères **gras**.

Tableau 3.6 Modèle 2 de régression logistique pour la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les adolescents de 12 à 14 ans, selon le parent (n=825) (suite)

Variables	Différence de logits	Erreur type	P ⁽¹⁾	Rapport de cotes	IC ⁽²⁾
Scolarité de la mère X Échelle d'autonomie de la relation père-adolescent			.000		
- Score faible ⁽⁵⁾ vs moyen, parmi le niveau collégial ou moins	0.272	0.220		1.31	[0.85, 2.02]
- Score élevé vs moyen, parmi les universitaires	2.216	0.611		9.17	[2.77, 30.37]
- Universitaire vs collégial ou moins, parmi ceux qui ont un score élevé	2.015	0.936		7.50	[1.20, 46.97]
- Universitaire vs collégial ou moins, parmi ceux qui ont un score moyen	0.473	0.561		1.60	[0.53, 4.82]
- Collégial ou moins vs universitaire, parmi ceux qui ont un score faible	2.961	0.730		19.31	[4.62, 80.79]
EFFETS PRINCIPAUX					
Indice de santé physique			.000		
- Maladie(s) sans conséquence vs aucune maladie	1.215	0.460		3.36	[1.37, 8.29]
- Maladie(s) avec conséquence vs aucune maladie	1.806	0.425		6.08	[2.65, 14.01]
Rang dans la fratrie			.001		
- Enfant unique vs 1 ^{er} ou 2 ^{ième}	-0.900	0.655		0.40	[0.11, 1.47]
- 3 ^{ième} ou plus vs 1 ^{er} ou 2 ^{ième}	1.294	0.425		3.64	[1.58, 8.39]
Dépression du parent			.000		
- Présence vs absence	1.479	0.377		4.38	[2.10, 9.20]
Phobie simple ou agoraphobie du parent			.012		
- Présence vs absence	1.091	0.426		2.97	[1.29, 6.86]
Conduites punitives de la relation père-adolescent			.000		
- Score faible ⁽³⁾ vs score moyen	0.710	0.185		2.03	[1.43, 2.92]

1. Test de rapport de vraisemblance.

2. Intervalle de confiance approximatif au niveau 95%.

3. Un score faible indique une fréquence plus élevée de comportements punitifs.

4. Un score faible indique une fréquence moins élevée de comportements de soin.

5. Un score faible indique une fréquence moins élevée d'attitudes favorisant l'autonomie.

S.V.P. notez : les résultats significatifs sont indiqués en caractères **gras**.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the teacher's report form and teacher version of the child behaviour profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Association Psychiatrique Americaine. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. (1989). Cognitive and social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 842-846.
- Anderson, J. C., Williams, S. M., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 69-76.
- Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1779-1791.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 25-34.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 293-316.
- Bergeron, L. (2007b). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents In L. Turgeon & P. L. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.

- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-J., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., et al. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14-year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 47-62.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C., & St.-Georges, M. (2007a). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 459-474.
- Bergeron, L., Valla, J. P., & Breton, J. J. (1992). Pilot study for the Quebec Child Mental health Survey: Part II. Correlates of DSM-III-R criteria among six to 14 year old. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 381-386.
- Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N., & Berthiaume, C. (1993). *Factor analysis and reliability of the parental behavior and attitudes questionnaire*. Paper presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's Annual Conference, San Antonio, Texas.
- Bird, H. R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry. Special Issue: Annual research review*, 37(1), 35-49.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., & et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1120-1126.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B., & et al. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 847-850.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., & Brent, D. A. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1575-1583.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review. Special Issue: Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities*, 26(7), 834-856.
- Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., & Patton, G. (2005). Individual, Family, School and Community Risk and protective Factors for Depressive Symptoms in Adolescents: A Comparison of Risk Profiles for Substance Use and Depressive Symptoms. *Prevention Sciences*, 6(2), 73-88.
- Bosco, G. L., Renk, K., Dinger, T. M., Epstein, M. K., & Phares, V. (2003). The connections between adolescents' perceptions of parents, parental psychological symptoms, and adolescent functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(2), 179-200.

- Bouchard, C., & Défossés, E. (1989). Utilisation des comportements coercitifs envers les enfants: Stress, conflits, et manque de soutien dans la vie des mères. *Apprentissage et Socialisation*, 12, 19-28.
- Brennan, P. A., Le Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469-1477.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III--R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., et al. (2004). The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85-93.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1994). A developmental psychopathology perspective on depression in children and adolescents. In. New York, NY, US: Plenum Press.
- Cohen, P., & Brook, J. (1987). Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 50(4), 332-345.
- Coie, J. D., Miller-Johnson, S., & Bagwell, C. (2000). Prevention science. In. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 173-183.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1129-1136.
- Costello, E. J., Messer, S. C., Bird, H. R., Cohen, P., & Reinherz, H. Z. (1998). The prevalence of serious emotional disturbance: A re-analysis of community studies. *Journal of Child and Family Studies*, 7(4), 411-432.

- Cummings, M. E., & Davies, P. T. (1992). Parental depression, family functioning, and child adjustment: Risk factors, processes, and pathways. *Cicchetti, Dante, 4*(pp. 283-322).
- Doyle, A. B., Brendgen, M., Moretti, M. M., & Bukowski, W. (2003). *Parent-Child Relationships and Adjustment in Adolescence: Findings from the HBSC Cycle 3 and NLSCY Cycle 2 Studies*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Drotar, D., Stein, R. E. K., & Perrin, E. C. (1995). Methodological issues in using the Child Behavior Checklist and its related instruments in clinical child psychology research. *Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue: Methodological issues in clinical child psychology research, 24*(2), 184-192.
- Eamon, M. K. (2001). Antecedents and socioemotional consequences of physical punishment on children in two-parent families. *Child Abuse & Neglect, 25*(6), 787-802.
- Ebata, A. T., Petersen, A. C., & Conger, J. J. (1990). The development of psychopathology in adolescence. In New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Eberhart, N. K., Shih, J. H., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Understanding the Sex Difference in Vulnerability to Adolescent Depression: An Examination of Child and Parent Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(4), 495-508.
- Edelbrock, C., Costello, A., Dulcan, M. K., Calabro-Conover, N., & Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27*(2), 181-190.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 441-459.
- Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*(2), 243-263.
- Feehan, M., Stanton, W., McGee, R., & Silva, P. A. (1994). A longitudinal study of birth order, help seeking and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 33*(2), 143-150.
- Fitzmaurice, G., Laird, N. M., Zahner, G. E., & Daskalakis, C. (1995). Bivariate logistic regression analysis of childhood psychopathology ratings using multiple informants. *American Journal of Epidemiology, 142*(11), 1194-1203.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology, 39(6), 487-496.

- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Fortin, L., Royer, â., Potvin, P., Marcotte, D., & Yergeau, â. (2004). La prediction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. / Prediction of risk for secondary school dropout: Personal, family and school factors. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du comportement*, 36(3), 219-231.
- Galambos, N. L., Leadbeater, B. J., & Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), 16-25.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Waller, J., L. (1992). Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 135(7), 792-802.
- Gaspar de Matos, M., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behavior in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-12.
- Goldwasser, M. A., & Fitzmaurice, G. (2001). Multivariate linear regression analysis of childhood psychopathology using multiple informant data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10(1), 1-10.
- Gonzales, N.A., Cauce, A.M., Mason, C.A. (1996). Interobserver agreement in the assessment of parental behavior and parent-adolescent conflict: African American mothers, daughters, and independent observers. *Child Development*, 67(4), 1483-1498.
- Goodman, A., Fleitlich-Bilyk, B., Patel, V., & Goodman, R. (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 448-456.
- Goodman, S. H., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M., et al. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry*, 33(4), 162-173.
- Hackett, R. J., Hackett, L., Bhakta, P., & Gowers, S. (1999). The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 801-807.

- Hammen, C. (1997). Children of depressed parents: The stress context. In. New York, NY, US: Plenum Press.
- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 284-294.
- Hammen, C., Brennan, P. A., & Shih, J. H. (2004). Family Discord and Stress Predictors of Depression and Other Disorders in Adolescent Children of Depressed and Nondepressed Women. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(8), 994-1002.
- Hammen, C., & Compas, B. E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents: The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 585-603.
- Hammen, C., Shih, J. H., & Brennan, P. A. (2004). Intergenerational Transmission of Depression: Test of an Interpersonal Stress Model in a Community Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 511-522.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 128-140.
- Hayward, C., & Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health, 30*(4, Suppl), 49-58.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(4), 438-447.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychiatry, 10*, 307-324.
- Hetherington, E. M., & Clingempeel, W. G. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 57*(2-3) [Serial No 227], 1-242.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 599-610.
- Horton, N. J., Laird, N. M., & Zahner, G. E. (1999). Use of Multiple Informant Data as a Predictor in Psychiatric Epidemiology. *International Journal of Methods in Psychiatric*

Research, 8(1), 6-18.

- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 453-460.
- Kaslow, N. J., Brown, R. T., & Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. In New York, NY, US: Plenum Press.
- Kenny, D. A. (2004). *Moderator Variables: An Introduction*. : <http://davidakenny.net/cm/moderation.htm#GG>.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & et al. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: I. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders. Special Issue: Toward a new psychobiology of depression in women*, 29(2-3), 85-96.
- Kipke, M. D. (1999). *Adolescent development and the biology of puberty: Summary of a workshop on new research*. : National Research Council: Institute of Medicine: National Academy of Sciences. U.S.A.
- Kovess, V., & Fournier, L. (1990). The DISSA: An abridged self-administered version of the DIS: Approach by episode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(4), 179-186.
- Kraemer, H. C., & Kiernan, M. (2006). *Master Lecture presented at the 27th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine., San Fransisco, CA.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A New Approach to Integrating Data From Multiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877-884.

- Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamäki, R.-L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 227-241.
- Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamäki, R.-L. (2003). Social support and the quality of parenting under economic pressure and workload in Finland: The role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 409-418.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 302-315.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 859-866.
- Lipman, E. L., Boyle, M. H., Dooley, M. D., & Offord, D. R. (2002). Child well-being in single-mother families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 75-82.
- Livingston, R. (1991). *Anxiety disorders*. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co.
- Luthar, S. S., & Becker, B. E. (2002). Privileged but pressured?: A study of affluent youth. *Child Development*, 73(5), 1593-1610.
- Luthar, S. S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology. Special Issue: Developmental approaches to substance use and abuse*, 11(4), 845-867.
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2005). Comparable "risks" at the socioeconomic status extremes: Preadolescents' perceptions of parenting. *Development and Psychopathology*, 17(1), 207-230.
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2005). Children of the Affluent: Challenges to Well-Being. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 49-53.
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2002). Adolescent risk: The costs of affluence. In. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Luthar, S. S., Shoum, K. A., & Brown, P. J. (2006). Extracurricular Involvement Among Affluent Youth: A Scapegoat for "Ubiquitous Achievement Pressures"? *Developmental Psychology*, 42(3), 583-597.
- MacMillan, H. L., Boyle, M. H., Wong, M. Y. Y., & Duku, E. K. (1999). Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. *Canadian Medical Association Journal*, 161(7), 805-809.

- Marleau, J. D., Saucier, J.-F. o., & Allaire, J.-F. o. (2006). Birth Order, Behavioural Problems, and the Mother-Child Relationship in Siblings Aged 4 to 11 Years From a 2-Child Family. / Rang de naissance, difficultés de comportement et relation mère-enfant chez des jeunes de 4 à 11 ans de fratries composées de deux enfants. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(13), 855-863.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 847-864.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., Norman, G. R., Lange, P., & et al. (1994). Adolescent depression in a school-based community sample: Preliminary findings on contributing social factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(6), 601-620.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 50-59.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., & et al. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 611-619.
- McGee, R., & Williams, S. (1991). Social competence in adolescence: Preliminary findings from a longitudinal study of New Zealand 15-yr-olds. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 54(3), 281-291.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003.
- McMahon, T. J., & Luthar, S. S. (2007). Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 267-281.
- MedlinePlus Medical Encyclopedia. (2005). Adolescence and puberty.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *The Lancet*, 349, 1436-1442.
- Nguyen, C. T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., & Barrette, G. v. (2005). Correlates of Depressive and Anxiety Disorders Among Young Canadians. *The Canadian Journal of*

- Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie. Special Issue: The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology (CAPE) look at the Canadian Community Health Survey, Cycle 1.2, 50(10), 620-628.*
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*(6), 856-860.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., & et al. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry, 44*(9), 832-836.
- Orvaschel, H. (1990). Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased familial morbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(2), 184-188.
- Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2008, soumis pour publication). Interaction effects between mother's internalizing disorders and psychosocial correlates of children's internalizing symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*(1), 56-64.
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The "gold standard". *Journal of Child and Family Studies, 14*(4), 457-468.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*(4), 381-389.
- Rolf, J. E., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., & Weintraub, S. (1990). Risk and protective factors in the development of psychopathology. *New York, NY, US: Cambridge University Press, 554*.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., & Burge, D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(1), 33-45.
- Rushton, J. L., Forcier, M., & Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 199-205.
- Rutter, M., & Cox, A. (1985). Other family influences. In *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (2 ed., pp. 58-81): Blackwell Scientific Publications.

- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., & et al. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9(2), 335-364.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1981). *Education, health and behavior*. Houghton, New York: Krieger.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In M. Horowitz, S. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. M. Segal (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., & Davies, M. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Shaffer, D., Fisher, P., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., & Wicks, J. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25)*. New York: New York: New York State Psychiatric Institute, Division of Child and Adolescent Psychiatry.
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J., & Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42.
- Shrout, P. E. (2002). Reliability. In M. T. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. .
- Siegelman, M. (1965). Evaluation of Bronfenbrenner's questionnaire for children concerning parental behavior. *Child Development*, 36, 163-174.
- Smolla, N., Bergeron, L., Valla, J.P., Turgeon-Krawczuk, F., Berthiaume, C., Khoa Mai, D., St-Georges, M. (1997). Interaction effects between family income and correlates of internalizing disorders among 6-to-14-year-olds. Communication par affiche, Congrès conjoint American and Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44ième congrès annuel, Toronto.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sparrow, S. S., Balla, D. D., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behaviour Scales. Classroom Edition Manual*: American Guidance Service.
- Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Williams, G. M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 43(4), 457-470.

- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259-280.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(4), 427-440.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 588-597.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 229-235.
- Valla, J. P., & Bergeron, L. (1994). *L'épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Breton, J. J., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M., et al. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans: Vol. 1. Méthodologie (Quebec 1992 Survey on the mental health of children ages 6 to 14: Vol. 1 Methodology)*. Montréal: Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Lageix, P., & Breton, J. J. (1996). L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents. *Paris: Masson*.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). The developmental psychopathology of anxiety. *New York, NY, US: Oxford University Press*, 510.
- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 861-864.
- Vendette, K., & Marcotte, D. (2000). Le rôle modérateur du soutien social sur la relation entre les stratégies d'adaptation et la dépression à l'adolescence. / The moderator's role of social support on the relation between coping and depression during adolescence. *Science et Comportement*, 28(2), 129-144.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric*

Epidemiology, 41(7), 509-514.

- Wagner, B. M., Cohen, P., & Brook, J. s. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *Journal of Adolescent Research*, 11(3), 347-374.
- Weissman, M. M. (1993). Family genetic studies of panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27(Suppl 1), 69-78.
- Weissman, M. M., Gammon, G. D., John, K., Merikangas, K. R., & et al. (1987). Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 44(10), 847-853.
- Wolkind, S., & Rutter, M. (1985). Separation, loss and family relationships. In *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (2 ed., pp. 34-57): Blackwell Scientific Publications.

ANNEXES

ANNEXE A. RÉSULTATS ANALYSES PRÉLIMINAIRES

ANNEXE B. INSTRUMENTS UTILISÉS POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE

Variables associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes selon l'informateur jeune :
tests concernant les effets d'interaction avec la relation parent-enfant (résultats analyses préliminaires)

	Selon le parent			Adolescent vs mère			Adolescent vs père		
	Soin	Puni	Auto	Soin	Puni	Auto	Soin	Puni	Auto
	p ¹	p	p	p	p	p	p	p	p
CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES									
Âge	.259	.258	.163	.258	.151	.528	.925	.121	.500
Sexe	.495	.790	.047	.948	.459	.053	.143	.690	.976
Indice de santé physique	.249	.747	.138	.020	.833	.195	.710	.261	.473
Compétence sociale selon le parent	.901	.473	.909	.738	.534	.570	.270	.721	.887
Compétence sociale selon le jeune	.036	.805	.597	.173	.907	.908	.895	.728	.970
CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES									
Structure familiale	.593	.800	.389	.002	.291	.719	.968	.979	.432
Rang dans la fratrie	.102	.535	.506	.375	.879	.006	.084	.079	.965
DISSA : dépression	.753	.170	.326	.766	.179	.673	.472	.192	.852
DISSA : panique ou anxiété	.841	.965	.307	.878	.726	.853	.768	.758	.569
DISSA : phobie ou agoraphobie	.799	.461	.174	.484	.554	.962	.853	.435	.567
DISSA : au moins un diagnostic	.884	.362	.671	.454	.162	.784	.855	.126	.418
Support social	.878	.101	.930	.956	.606	.682	.951	.675	.987
Dyadique : consensus	.934	.004	.055	.272	.128	.678	.161	.805	.962
Dyadique : satisfaction	.371	.057	.021	.245	.584	.419	.294	.675	.789
Dyadique : cohésion	.590	.378	.014	.133	.727	.905	.611	.530	.359
Dyadique : affection	.853	.148	.029	.470	.266	.832	.858	.819	.760
Dyadique : total	.814	.015	.013	.183	.303	.560	.303	.672	.961
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES									
Scolarité de la mère	.378	.138	.107	.373	.135	.394	.041	.637	.777
Scolarité du père	.387	.886	.940	.316	.230	.728	.195	.177	.306
Revenu familial	.101	.397	.405	.684	.762	.348	.020	.490	.590

1. Probabilité observée au test du rapport de vraisemblance

Variables associées aux troubles mentaux intériorisés des jeunes selon l'informateur parent :
tests concernant les effets d'interaction avec la relation parent-enfant (résultats analyses préliminaires)

	Selon le parent			Adolescent vs mère			Adolescent vs père		
	Soin	Puni	Auto	Soin	Puni	Auto	Soin	Puni	Auto
	p ¹	p	p	p	p	p	p	p	p
CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES									
Âge	.353	.832	.819	.596	.920	.749	.062	.675	.858
Sexe	.123	.656	.395	.060	.944	.617	.115	.321	.630
Indice de santé physique	.519	.487	.324	.781	.818	.315	.030	.012	.443
Compétence sociale selon le parent	.073	.193	.753	.114	.046	.657	.081	.155	.924
Compétence sociale selon le jeune	.163	.247	.805	.259	.357	.265	.294	.205	.260
CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES									
Structure familiale	.580	.266	.572	.231	.318	.816	.774	.173	.630
Rang dans la fratrie	.055	.078	.992	.011	.638	.292	.846	.542	.755
DISSA : dépression	.811	.366	.399	.057	.125	.176	.747	.596	.904
DISSA : panique ou anxiété	.942	.126	.349	.675	.551	.619	.296	.847	.855
DISSA : phobie ou agoraphobie	.025	.932	.620	.644	.627	.303	.572	.424	.394
DISSA : au moins un diagnostic	.612	.084	.670	.101	.260	.228	.107	.249	.968
Support social	.896	.768	.134	.365	.586	.411	.224	.187	.239
Dyadique : consensus	.928	.677	.857	.144	.526	.392	.801	.809	.571
Dyadique : satisfaction	.533	.396	.817	.201	.616	.336	.994	.512	.823
Dyadique : cohésion	.562	.469	.328	.534	.943	.189	.184	.470	.974
Dyadique : affection	.772	.813	.414	.498	.831	.378	.668	.919	.492
Dyadique : total	.961	.660	.948	.269	.917	.257	.863	.800	.691
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES									
Scolarité de la mère	.240	.260	.238	.585	.109	.005	.609	.199	.056
Scolarité du père	.100	.403	.256	.711	.133	.371	.527	.461	.672
Revenu familial	.965	.962	.887	.257	.361	.266	.443	.622	.437

1. Probabilité observée au test du rapport de vraisemblance

ANNEXE B. INSTRUMENTS UTILISÉS POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ÉCRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

DISC-2

SECTION 1

Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de choses ou d'endroits qui peuvent rendre _____ très nerveux(se) ou lui faire peur. (pause) Vous savez, les enfants ont peur de beaucoup de choses quand ils sont très jeunes, mais nous voulons connaître seulement ce qui a fait peur à _____ depuis (NOMMER L'ÉVÉNEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

28. A-t-(il/elle) presque toujours peur :

- | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|---|--------------------------|
| A. d'aller chez le docteur? (pause) | 1* | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| B. d'aller chez le dentiste? | 1* | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |

SI RÉPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS A OU B,
POSER LA QUESTION C. SINON, ALLER A Q. 29, P. 15

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| C. Est-(il/elle) allé(e) ou aurait-(il/elle)
dû aller chez le (Docteur/Dentiste) depuis
(NOMMER L'ÉVÉNEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|--------------------------|

SI NON OU 9, ALLER A Q. 29, P. 15

SI OUI :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--------------------------|
| D. A-t-(il/elle) eu peur d'aller chez le
(Docteur/Dentiste) depuis (NOMMER L'ÉVÉNEMENT
D'IL Y A SIX MOIS)? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|---|---|--------------------------|

SI NON OU 9, ALLER A Q. 29, P. 15

SI OUI :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| E. Quand (il/elle) se rend chez un (Docteur/
Dentiste), a-t-(il/elle) presque toujours peur? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|--------------------------|

SI NON OU 9, ALLER A Q. 29, P. 15

SI OUI :

- | | | | | | |
|--|----|---|---|---|--------------------------|
| F. A-t-(il/elle) tellement peur des (Docteurs/
Dentistes) qu'(il/elle) essaie de ne pas y
aller ou refuse carrément d'y aller? | 1* | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|---|---|---|--------------------------|

- | | | | | | |
|---|----|---|---|---|--------------------------|
| G. Quand (il/elle) est chez le (Docteur/Dentiste),
est-ce qu'(il/elle) commence à avoir peur tout
de suite? | 1* | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|---|----|---|---|---|--------------------------|

- | | | | | | |
|---|----|---|---|---|--------------------------|
| H. Si (il/elle) doit se rendre chez un (Docteur/
Dentiste), est-ce qu'(il/elle) paraît très
nerveux(se) ou inquiet(e) presque tout le
temps qu'(il/elle) est là? | 1* | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|---|----|---|---|---|--------------------------|

- | | | | | | |
|--|----|---|---|---|--------------------------|
| I. Est-ce que la peur des (Docteurs/Dentistes)
l'empêche d'aller les voir quand (il/elle)
en a vraiment besoin ou l'empêche de passer
ses examens médicaux? | 1* | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|---|---|---|--------------------------|

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

J. Est-ce qu'(il/elle) a beaucoup plus peur des (Docteurs/Dentistes) qu'(il/elle) ne le devrait? 1* 2 8 9

K. Croyez-vous qu'avoir tellement peur des (Docteurs/Dentistes) (le/la) dérange beaucoup? 1* 2 8 9

L. Quand (il/elle) a peur comme ça, 1* 2 8 9

... est-ce que son cœur bat très vite (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) semble se sentir frileux(se) (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) tremble (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) est en sueur (pause)
... ou est-ce comme s'(il/elle) allait perdre connaissance?

SI REPONSE(S) "*" A 3 OU PLUS DES QUESTIONS DE F à L,
L'INDIQUER SUR LA FICHE.

29. Maintenant, je vais vous lire une liste de certains autres endroits ou situations qui font parfois peur aux gens. (pause) Cette partie ne concerne que les situations dans lesquelles _____ s'est retrouvé(e) et non les situations ou les objets qu'(il/elle) a vus à la télévision. (pause) Je veux savoir s'(il/elle) a presque toujours eu peur de ces situations depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS) :

A. des endroits élevés, comme une tour? (pause) 1* 2 8 9

B. ... de l'eau comme dans une piscine ou un lac? (pause) 1* 2 8 9

C. ... des tunnels ou des ponts ou des autoroutes? (pause) 1* 2 8 9

D. ... des ascenseurs? (pause) 1* 2 8 9

E. ... des araignées, insectes, souris, couleuvres, chauve-souris ou d'autres animaux du même genre? (pause) 1* 2 8 9

F. ... des oiseaux? (pause) 1* 2 8 9

G. ... d'autres animaux qui ne sont pas réellement dangereux? (pause) 1* 2 8 9

H. ... d'être dans le noir? (pause) 1* 2 8 9

I. ... des orages électriques? (pause) 1* 2 8 9

J. ... du sang? (pause) 1* 2 8 9

SI REPONSE(S) "*" A 2 OU PLUS DES QUESTIONS DE A à J, POSER LA QUESTION K, P. 16.
SI REPONSE "*" A 1 QUESTION SEULEMENT, POSER LA QUESTION L, P. 16.
SINON, ALLER A LA NOTE 1, P. 17.



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- K. Vous m'avez dit qu'(il/elle) avait peur de (NOMMER LES PEURS).
Laquelle de celles-ci (le/la) bouleverse le plus?

ENCERCLER LE NOMBRE CORRESPONDANT A LA REPONSE

Endroits élevés, comme une tour..... 01
Eau, comme une piscine ou un lac..... 02
Tunnels ou ponts ou autoroutes..... 03
Ascenseurs..... 04
Araignées, insectes, souris, couleuvres, chauve-
souris ou d'autres animaux du même genre..... 05
Oiseaux..... 06
Autres animaux non réellement dangereux..... 07
Noirceur..... 08
Orages électriques..... 09
Sang..... 10
Ne s'applique pas..... 88

- L. A-t-(il/elle) eu peur de (NOMMER LA PEUR) 1 2 8 9
depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 1, P. 17

SI OUI :

- M. A-t-(il/elle) presque toujours peur de 1 2 8 9
(NOMMER LA PEUR)?

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 1, P. 17

SI OUI :

- N. A-t-(il/elle) tellement peur de (NOMMER LA 1* 2 8 9
PEUR) qu'(il/elle) essaie de ne pas aller
(près/ sur/ dans) (NOMMER LA PEUR)?

- O. Quand (il/elle) est (près/ sur/ dans) 1* 2 8 9
(NOMMER LA PEUR), est-ce qu'(il/elle)
commence à avoir peur tout de suite?

- P. Si (il/elle) est (près/ sur/ dans) (NOMMER LA 1* 2 8 9
PEUR), est-ce qu'(il/elle) paraît très ner-
veux(se) ou inquiet(e) presque tout le temps
qu'(il/elle) est là?

- Q. Est-ce que la peur de (NOMMER LA PEUR) 1* 2 8 9
l'empêche de faire des choses qu'(il/elle)
aimerait ou devrait faire?

- R. Est-ce qu'(il/elle) a beaucoup plus peur de 1* 2 8 9
(NOMMER LA PEUR) qu'(il/elle) ne le devrait?

- S. Croyez-vous qu'avoir tellement peur de 1* 2 8 9
(NOMMER LA PEUR) (le/la) dérange beaucoup?

- T. Quand (il/elle) a peur comme ça : 1* 2 8 9

... est-ce que son coeur bat très vite (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) semble se sentir frileux(se) (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) tremble (pause)
... ou est-ce qu'(il/elle) est en sueur (pause)
... ou est-ce comme s'(il/elle) allait perdre connaissance?

SI REPONSE(S) "*" A 3 OU PLUS DES QUESTIONS DE N à T,
L'INDIQUER SUR LA FICHE.

OUI = 1 NON = 2
 NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
 RIEN DANS
 LA MARGE

NOTE 1 : S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
 28 OU 29, POSER LES QUESTIONS 30 A 32.
 SINON, ALLER A LA SECTION 2, P. 18.

- | | | |
|--|---------------|---|
| 30. Je vous ai posé plusieurs questions sur les
peurs que _____ pouvait avoir. Depuis
(NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce
que le fait d'avoir peur de (ENUMERER LA/LES
PEUR(S)) lui a causé des problèmes avec les
autres à la maison? | 1 2 8 9 | ┌ |
| 31. Est-ce que (cette/ces) peur(s) lui (a/ont) causé
des problèmes avec ses ami(e)s ou avec les
autres jeunes de son âge à l'extérieur de l'école? | 1 2 8 9 | ┌ |
| 32. Est-ce que (cette/ces) peur(s) lui (a/ont)
causé des problèmes à l'école, par exemple, des
difficultés à faire son travail scolaire ou à
s'entendre avec les professeurs ou les autres
jeunes de l'école? | 1 2 8 9 | ┌ |



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 2

LA FIGURE D'ATTACHEMENT EST L'ADULTE NOMME EN REPONSE A LA QUESTION 33. CET ADULTE DOIT AVOIR VECU AVEC L'ENFANT DURANT TOUTE LA PERIODE DES DOUZE DERNIERS MOIS. (LA PERSONNE DOIT ETRE IDENTIFIEE PAR SON NOM OU SA RELATION AVEC L'ENFANT ET NON PAR "FIGURE D'ATTACHEMENT").

Je vais maintenant vous poser des questions sur les inquiétudes ou les problèmes que _____ pourrait avoir eus quand (il/elle) était séparé(e) de la personne avec laquelle (il/elle) se sent le plus proche.

33. Parmi les personnes qui ont vécu avec _____ pendant toute la période des douze derniers mois, pouvez-vous me dire de laquelle (il/elle) se sent le plus proche?

SI LE(LA) REPONDANT(E) NE PEUT SPECIFIER, CHOISISSEZ LA MERE OU LA FEMME QUI VIT A LA MAISON.

Mère biologique/adoptive..... 01
Père biologique/adoptif..... 02
Soeur adulte (18 ans et plus)..... 03
Frère adulte (18 ans et plus)..... 04
Grand-mère..... 05
Grand-père..... 06
Placement privé : Femme..... 07
 Homme..... 08
Chef de la famille d'accueil : Femme. 09
 Homme. 10
Autre (conjoint(e) de la mère ou du père, etc.)..... 11
(Préciser: _____)

34. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) eu peur d'aller à l'école? 1* 2 8 9
35. A-t-(il/elle) refusé d'aller à l'école? 1* 2 8 9
36. Au cours de cette période, a-t-il fallu qu'on (le/la) force ou qu'on (le/la) traîne à l'école? 1* 2 8 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 34, 35 OU 36, POSER LES QUESTIONS 37 A 39.
SINON, ALLER A Q. 40.

37. A-t-(il/elle) essayé de ne pas aller à l'école parce qu'(il/elle) avait peur d'être loin de (vous/FIGURE D'ATTACHEMENT)? [1] 2 8 9
38. Craignait-(il/elle) que quelque chose puisse (vous arriver/arriver à FIGURE D'ATTACHEMENT) pendant qu'(il/elle) était à l'école? [1] 2 8 9
39. Est-ce qu'(il/elle) [SEMBLAIT AVOIR PEUR/ REFUSAIT /DEVAIT ETRE FORCE(E) OU TRAINE(E)] la plupart des jours d'école durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9
40. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y a-t-il eu une période où (il/elle) s'est plaint(e) de maux de ventre ou de maux de coeur presque chaque matin avant l'école? [1*] 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

41. S'est-(il/elle) souvent plaint(e) de maux de tête [1*] 2 8 9
ou de ne pas se sentir bien les jours d'école?

SI REPONSES(S) "*" AUX QUESTIONS 40 OU 41, POSER LA
QUESTION 42. SINON ALLER A Q. 43.

42. S'est-(il/elle) plaint(e) de (maux de ventre/
maux de tête) la plupart des matins de jours
d'école, durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

43. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS),
y a-t-il eu d'autres occasions, à part l'école,
où (il/elle) devait sortir seul(e) ou des occa-
sions où (vous deviez/FIGURE D'ATTACHEMENT devait)
sortir et (le/la) laisser? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 44

SI OUI :

- A. S'est-(il/elle) alors beaucoup plaint(e) de [1] 2 8 9
maux de ventre ou de maux de tête?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 44

SI OUI :

- B. Est-ce que cela s'est produit presque à
tous les jours durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

44. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS),
a-t-(il/elle) souvent eu besoin (de vous avoir/
d'avoir FIGURE D'ATTACHEMENT) près de (lui/elle)
avant de pouvoir s'endormir? [1] 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 45

SI OUI :

- A. Est-ce que c'est arrivé la plupart des soirs
durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

45. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS),
a-t-(il/elle) souvent dû se lever la nuit pour
vérifier si les personnes étaient là ou pour
aller dormir dans le lit de quelqu'un d'autre? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 46

SI OUI :

- A. Est-ce parce qu'(il/elle) était nerveux(se)
ou avait peur? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 46

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) souvent eu ces comportements
durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

46. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y
a-t-il eu une période pendant laquelle (il/elle) a
fait beaucoup de mauvais rêves ou de cauchemars? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 47, P. 20



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. Etait-ce des rêves au sujet de quelque chose qui l'empêchait d'être avec sa famille, comme être enlevé(e) ou le départ de quelqu'un de la famille? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 47

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) souvent eu des mauvais rêves durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

47. A-t-(il/elle) la permission de passer la nuit à l'extérieur de la maison, disons chez un(e) ami(e)? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 48

SI OUI :

- A. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été invité(e) plus d'une fois à passer la nuit à l'extérieur? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 48

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) habituellement essayé de rester à la maison et de ne pas sortir? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. D

SI OUI :

- C. Etait-ce parce qu'(il/elle) avait peur d'être loin de la maison ou de (vous/FIGURE D'ATTACHEMENT)? [1] 2 8 9

ALLER A Q. 48

- D. Est-ce qu'(il/elle) téléphonait habituellement pour dire qu'(il/elle) était malheureux(se) et voulait rentrer à la maison quand (il/elle) passait la nuit ailleurs? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 48

SI OUI :

- E. Etait-ce parce qu'(il/elle) avait peur d'être loin de la maison ou de (vous/FIGURE D'ATTACHEMENT)? [1] 2 8 9

48. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été très inquiet(e) qu'un malheur (vous arrive/arrive à FIGURE D'ATTACHEMENT), comme un accident, une maladie ou une agression? [1] 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 49, P. 21

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. S'est-(il/elle) inquiété(e) beaucoup à ce sujet durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9 ☐
49. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été très inquiet(e) que (vous puissiez/FIGURE D'ATTACHEMENT puisse) mourir? [1] 2 9 ☐

SI NON OU 9, ALLER A Q. 50

SI OUI :

- A. S'est-(il/elle) inquiété(e) beaucoup à ce sujet durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9 ☐
50. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été très inquiet(e) que (vous puissiez/FIGURE D'ATTACHEMENT puisse) partir et ne jamais revenir? [1] 2 9 ☐

SI NON OU 9, ALLER A Q. 51

SI OUI :

- A. S'est-(il/elle) inquiété(e) beaucoup à ce sujet durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9 ☐
51. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) souvent été inquiet(e) à l'idée qu'un malheur puisse lui arriver, comme se perdre ou être enlevé(e) ou tué(e) ou pris(e) dans un terrible accident? [1] 2 9 ☐

SI NON OU 9, ALLER A Q. 52

SI OUI :

- A. S'est-(il/elle) inquiété(e) beaucoup à ce sujet durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9 ☐
52. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), quand (vous étiez/FIGURE D'ATTACHEMENT était) sur le point de quitter la maison sans (lui/elle), est-ce qu'(il/elle) s'est accroché(e) à (vous/elle/lui) ou s'est agrippé(e) à (vous/elle/lui) pour essayer de (vous/l') empêcher de sortir? [1] 2 9 ☐

SI NON OU 9, ALLER A Q. 53

SI OUI :

- A. Est-ce souvent arrivé durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9 ☐
53. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), (vous) a-t-(il/elle) souvent suivi(e) (FIGURE D'ATTACHEMENT) d'une pièce à l'autre de la maison? 1 2 9 ☐

SI NON OU 9, ALLER A Q. 54, P. 22



22

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

A. Etait-ce parce qu'(il/elle) avait peur d'être seul(e)? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 54

SI OUI :

B. Est-ce souvent arrivé durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

54. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), (êtes-vous/est-ce que FIGURE D'ATTACHEMENT est) sorti(e) ou (avez-vous/est-ce que FIGURE D'ATTACHEMENT a) essayé de sortir le soir sans _____?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 55, P. 23

SI OUI :

A. Est-(il/elle) devenu(e) très troublé(e) ou (vous) a-t-(il/elle) supplié(e) (FIGURE D'ATTACHEMENT) de ne pas sortir? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

B. Y a-t-il eu une période où cela arrivait presque à chaque fois que (vous sortiez/FIGURE D'ATTACHEMENT sortait)? [1] 2 8 9

C. Avait-(il/elle) l'air nerveux(se) et avait-(il/elle) besoin de savoir exactement où (vous seriez/FIGURE D'ATTACHEMENT serait) tout le temps? 1* 2 8 9

D. Voulait-(il/elle) pouvoir (vous appeler ou vous rejoindre/appeler ou rejoindre FIGURE D'ATTACHEMENT) pendant que (vous/elle/il) étiez/était sorti(e)? 1* 2 8 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS C OU D, POSER LA QUESTION E. SINON ALLER A Q. 55, P. 23.

E. Y a-t-il eu une période où _____ voulait savoir où (vous étiez/FIGURE D'ATTACHEMENT était) ou pouvoir (vous/l') appeler chaque fois que (vous sortiez/FIGURE D'ATTACHEMENT sortait)? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 55, P. 23

SI OUI :

F. Est-ce que cela a duré deux semaines ou plus? 1 2 8 9



OUI = 1
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NON = 2

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 3

Maintenant, je vais vous poser des questions sur certains malaises que _____ pourrait avoir eus ou sur certaines choses qui pourraient l'inquiéter depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS). (pause) Cependant, il se peut que je vous demande si _____ s'est inquiété(e) pour une période aussi longue que six mois (pause). Cela doit avoir duré au moins six mois, mais peut avoir commencé avant (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), en autant que ses inquiétudes aient continué après (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

60. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
a-t-(il/elle) souvent eu des maux de tête?

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 61

- A. Combien de fois a-t-(il/elle) eu des maux de tête?

Chaque jour..... 1
1-6 jours par semaine..... 2
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

- B. Est-ce arrivé quand (il/elle) était malade, 1 [2] 8 9
par exemple lorsqu'(il/elle) avait la grippe
ou la diarrhée ou un autre problème médical
(ou pendant ses règles)?

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 61

- C. A-t-(il/elle) souvent eu des maux de [1] 2 8 9
tête quand (il/elle) n'était pas malade
ou n'avait pas de problème médical (ou
ses règles)?

61. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
a-t-(il/elle) souvent eu des maux de ventre?

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 62

- A. Combien de fois a-t-(il/elle) eu des maux
de ventre?

Chaque jour..... 1
1-6 jours par semaine..... 2
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

- B. Est-ce arrivé quand (il/elle) était malade, 1 [2] 8 9
par exemple lorsqu'(il/elle) avait la grippe
ou la diarrhée ou un autre problème médical
(ou pendant ses règles)?

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 62

- C. A-t-(il/elle) souvent eu des maux de ventre [1] 2 8 9
quand (il/elle) n'était pas malade ou n'avait
pas de problème médical (ou ses règles)?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

62. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
a-t-(il/elle) souvent eu mal un peu partout?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 63, P. 25

SI OUI :

- A. Combien de fois a-t-(il/elle) eu mal un peu partout?

Chaque jour..... 1
1-6 jours par semaine..... 2
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

- B. Est-ce arrivé quand (il/elle) était malade, 1 [2] 8 9
par exemple lorsqu'(il/elle) avait la grippe
ou la diarrhée ou parce qu'(il/elle) s'était
fait mal (ou pendant ses règles)?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 63

SI OUI :

- C. A-t-(il/elle) souvent eu des douleurs un peu [1] 2 8 9
partout alors qu'(il/elle) n'était pas malade
ou blessé(e) (ou n'avait pas ses règles)?

63. Est-ce le genre d'enfant qui devient souvent 1 2 9
inquiet(e) ou nerveux(se)?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 66, P. 27

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) souvent été inquiet(e) ou 1 2 8 9
nerveux(se) depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL
Y A SIX MOIS)?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 66, P. 27

SI OUI :

- B. Lorsque _____ est inquiet(e), est-ce
qu'(il/elle) vit des changements comme
ceux qui suivent?

Est-ce qu'on a l'impression qu'(il/elle)
ne peut plus reprendre sa respiration? 1 2 8 9

- C. Est-ce qu'(il/elle) tremble ou a des tics, 1 2 8 9
ou dit qu'(il/elle) ne se sent pas solide
sur ses jambes?

- D. Est-ce qu'(il/elle) dit que son cœur bat fort 1 2 8 9
ou trop vite?

- E. Transpire-t-(il/elle) plus que d'habitude ou 1 2 8 9
a-t-(il/elle) les mains froides et humides?

- F. Quand (il/elle) est nerveux(se) ou inquiet(e), 1 2 8 9
est-ce que sa bouche devient très sèche?

- G. Est-ce qu'(il/elle) dit qu'(il/elle) se sent 1 2 8 9
étourdi(e) ou sur le point de perdre
connaissance?



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| H. Dit-(il/elle) qu'(il/elle) a mal au cœur
ou la diarrhée? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| I. Quand (il/elle) est nerveux(se) ou inquiet(e),
est-ce qu'(il/elle) a très chaud ou très froid? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| J. A-t-(il/elle) besoin d'uriner (ou faire pipi)
plus souvent que d'habitude? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| K. A-t-(il/elle) de la difficulté à avaler ou
l'impression d'avoir une boule dans la gorge? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| L. Quand (il/elle) est nerveux(se) ou inquiet(e),
se sent-(il/elle) très tendu(e) ou raide? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| M. Est-ce qu'(il/elle) fait un saut lorsque les
gens lui parlent? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| N. A-t-(il/elle) de la difficulté à garder son
attention fixée sur ce qu'(il/elle) fait à
cause de sa nervosité? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| O. Quand (il/elle) se sent nerveux(se) comme
cela, est-ce qu'(il/elle) a des pertes de
mémoire? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| P. A-t-(il/elle) de la difficulté à s'endormir
ou à rester endormi(e)? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| Q. Est-(il/elle) pleurnicheur(se), irritable, ou
agacé(e) même pour de petites choses? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| R. Quand (il/elle) se sent nerveux(se) ou in-
quiet(e), est-ce que ses muscles deviennent
tendus ou lui font mal? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| S. Est-ce qu'(il/elle) remue continuellement ou
a-t-(il/elle) besoin de bouger beaucoup? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| T. Se fatigue-t-(il/elle) plus facilement? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |

S'IL Y A 6 REPONSES OU PLUS CODEES "OUI" AUX QUESTIONS 63B à 63T,
POSER LES QUESTIONS 64 ET 65.
SINON, ALLER A Q. 66, P. 27.

- | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|--------------------------|
| 64. Vous m'avez dit que _____ se sentait
[ENUMERER LES PROBLEMES] (pause). S'est-(il/
elle) senti(e) comme cela la plupart du temps
pour une période aussi longue que six mois? | [1] | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 65. Quand (il/elle) disait qu'(il/elle) se sentait
comme cela, était-ce parce qu'(il/elle) était
malade ou avait un problème de santé quelconque? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 66, P. 27

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| A. Est-ce qu'(il/elle) s'est senti(e) comme
cela quand (il/elle) n'était pas malade? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|--------------------------|

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

66. Est-ce qu'(il/elle) s'inquiète beaucoup au sujet des choses qui s'en viennent, comme un examen à l'école, ou une rencontre sportive ou une fête? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 67

SI OUI :

- A. Lorsque quelque chose de particulier comme cela s'en vient, est-ce qu'(il/elle) dit ou fait presque toujours des choses qui vous font croire qu'(il/elle) s'inquiète beaucoup? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 67

SI OUI :

- B. S'inquiète-t-(il/elle) beaucoup, même pour les choses qu'(il/elle) réussit habituellement bien? [1] 2 8 9
- C. Quand _____ est inquiet(e) comme cela, demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes si les choses vont bien se passer? 1 2 8 9
- D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) pour ce genre de choses pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9
67. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), s'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de savoir si son travail scolaire était bon? 1 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 68

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 68

SI OUI :

- B. Est-ce que la plupart des gens disent qu'(il/elle) travaille bien à l'école? [1] 2 8 9
- C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à son professeur ou à d'autres personnes s'(il/elle) travaille bien à l'école? 1 2 8 9
- D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) à ce sujet pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9
68. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de savoir s'(il/elle) est bon(ne) dans les sports ou les jeux ou en gymnastique? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 69, P. 28



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, 1 2 8 9
au moins une fois par semaine, qui vous font
croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 69

SI OUI :

- B. S'inquiète-t-(il/elle) même pour les jeux où [1] 2 8 9
(il/elle) réussit bien?
- C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à 1 2 8 9
d'autres personnes s'(il/elle) est bon(ne)
dans les sports ou les jeux?
- D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) d'être 1 2 8 9
bon(ne) dans les sports ou les jeux pour une
période aussi longue que six mois?
69. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
s'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) d'être à
l'heure; a-t-(il/elle) souvent eu peur d'être
en retard?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 70

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, 1 2 8 9
au moins une fois par semaine, qui vous font
croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 70

SI OUI :

- B. S'inquiète-t-(il/elle) d'être en retard [1] 2 8 9
même s'(il/elle) a beaucoup de temps devant
(lui/elle)?
- C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à 1 2 8 9
d'autres personnes s'(il/elle) sera à l'heure?
- D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) au sujet 1 2 8 9
des retards pour une période aussi longue que
six mois?
70. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
s'est-(il/elle) souvent inquiété(e) de s'être
trompé(e) ou d'avoir fait quelque chose de la
mauvaise façon?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 71, P. 29

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, 1 2 8 9
au moins une fois par semaine, qui vous font
croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 71, P. 29

SI OUI :

- B. S'inquiète-t-(il/elle) à propos de choses [1] 2 8 9
qui ne sont pas tellement importantes?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|--------------------------|
| C. Quand _____ s'inquiète comme cela, demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes si les choses vont s'arranger? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de faire les choses de la mauvaise façon pour une période aussi longue que six mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 71. A-t-(il/elle) eu très peur que la famille manque d'argent? | 1 | 2 | | 9 | <input type="checkbox"/> |
| SI NON OU 9, ALLER A Q. 72 | | | | | |
| SI OUI : | | | | | |
| A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| SI NON OU 9, ALLER A Q. 72. | | | | | |
| SI OUI : | | | | | |
| B. S'inquiète-t-(il/elle) au sujet de l'argent même lorsqu'(il/elle) n'a pas besoin de s'inquiéter? | [1] | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes si la famille a assez d'argent? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) au sujet de l'argent pour une période aussi longue que six mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 72. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), s'est-(il/elle) souvent inquiété(e) de s'être conduit(e) comme un(e) idiot(e) en présence d'autres personnes? | 1 | 2 | | 9 | <input type="checkbox"/> |
| SI NON OU 9, ALLER A Q. 73 | | | | | |
| SI OUI : | | | | | |
| A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| SI NON OU 9, ALLER A Q. 73 | | | | | |
| SI OUI : | | | | | |
| B. Se préoccupe-t-(il/elle) de cela même lorsqu'(il/elle) est avec des enfants qui pensent qu'(il/elle) est correct(e)? | [1] | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| C. Quand _____ a ce genre d'inquiétudes, demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes s'(il/elle) a agi correctement? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| D. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de ce que les autres pensaient de (lui/elle) pour une période aussi longue que six mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 73. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été souvent inquiet(e) de son apparence physique? | 1 | 2 | | 9 | <input type="checkbox"/> |
| SI NON OU 9, ALLER A Q. 74, P. 30 | | | | | |



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. S'inquiète-t-(il/elle) de ce dont (il/elle) a l'air ou de son apparence physique plus que les autres enfants de son âge? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 74

SI OUI :

- B. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 74

SI OUI :

- C. Est-ce que les autres disent qu'(il/elle) a l'air correct(e)? [1] 2 8 9

- D. Quand _____ a ce genre d'inquiétudes, demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes s'(il/elle) a l'air correct(e)? 1 2 8 9

- E. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de ce dont (il/elle) a l'air pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9

74. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), s'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de savoir si les autres personnes l'aimaient? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 75

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 75

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) ces inquiétudes même quand (il/elle) est avec des personnes qui l'aiment? [1] 2 8 9

- C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes si les gens l'aiment? 1 2 8 9

- D. A-t-(il/elle) eu ce genre d'inquiétudes pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9

75. S'est-(il/elle) beaucoup inquiété(e) de sa santé ou de tomber malade? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 76, P. 31

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 76, P. 31

SI OUI :

- B. Est-(il/elle) généralement en bonne santé? [1] 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- C. Demande-t-(il/elle) souvent à vous ou à d'autres personnes si sa santé est bonne? 1 2 8 9
- D. A-t-(il/elle) eu ce genre d'inquiétudes pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9
76. Est-(il/elle) le genre d'enfant qui n'aime pas qu'on le (la) remarque ou qui est facilement intimidé(e) ou gêné(e)? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 77

SI OUI :

- A. Dit-(il/elle) ou fait-(il/elle) des choses, au moins une fois par semaine, qui vous font croire qu'(il/elle) est inquiet(e) à ce sujet? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 77

SI OUI :

- B. Est-ce que le fait d'être gêné(e) comme cela l'empêche d'aller à certains endroits ou de rencontrer des gens? 1 2 8 9
- C. Quand (il/elle) se sent gêné(e) comme cela, arrive-t-il souvent qu'(il/elle) se lève et s'en aille, ou qu'(il/elle) réagisse mal, comme se mettre à pleurer? 1 2 8 9
- D. S'est-(il/elle) senti(e) gêné(e) comme cela pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9
77. Est-(il/elle) le genre d'enfant qui est presque toujours inquiet(e) de quelque chose? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 78

SI OUI :

- A. Se fait-(il/elle) toujours beaucoup plus d'inquiétudes qu'(il/elle) ne le devrait? [1] 2 8 9
- B. A-t-(il/elle) été inquiet(e) comme cela pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9
78. _____ est-(il/elle) le genre d'enfant qui est souvent très tendu(e) ou qui a beaucoup de difficulté à relaxer? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A LA NOTE 3

SI OUI :

- A. Est-(il/elle) comme cela même s'il n'y a pas de raison d'être tendu(e)? [1] 2 8 9
- B. A-t-(il/elle) été tendu(e) comme cela la plupart du temps pour une période aussi longue que six mois? 1 2 8 9

NOTE 3 : S'IL Y A 3 REPONSES OU PLUS SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 60B à 78A, POSER LES QUESTIONS 79 A 81, P. 32.
SINON, ALLER A LA SECTION 4, P. 33.



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

-
79. Je vous ai posé beaucoup de questions au sujet
des problèmes d'inquiétudes ou de nervosité que
_____ a pu avoir. (pause) Est-ce que ces
inquiétudes lui ont causé des problèmes avec les
autres à la maison? 1 2 8 9
80. Est-ce que ses inquiétudes ou sa nervosité lui
ont causé des problèmes avec ses ami(e)s ou
d'autres jeunes de son âge à l'extérieur de
l'école? 1 2 8 9
81. Est-ce que le fait de tant s'inquiéter lui a causé
des problèmes à l'école, par exemple, des diffi-
cultés à faire son travail scolaire ou à s'entendre
avec les professeurs ou les autres jeunes de
l'école? 1 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 4

Je vais maintenant changer un peu de sujet et vous questionner sur d'autres sentiments qu'éprouvent parfois les jeunes. Je vais commencer par des questions sur la dépression et le fait de se sentir triste.

82. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu des périodes où _____ semblait
être très triste?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 83

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) été triste presque tous les 1 2 8 9
jours durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

- B. Les jours où (il/elle) semblait triste, est-ce que cela durait presque toute la journée? [1] 2 8 9

- C. A-t-(il/elle) été très triste la plupart du temps durant toute la dernière année? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 83

SI OUI :

- D. Quand (il/elle) se sentait triste de cette façon, est-ce que cela durait presque toute la journée? 1 2 8 9

83. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu des périodes où (il/elle) était
maussade ou irritable, souvent de mauvaise humeur,
au point que même de petites choses (le/la)
fâchaient?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 84, P. 34

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) été maussade presque tous les 1 2 8 9
jours durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

- B. Les jours où (il/elle) était maussade, est-ce que cela durait presque toute la journée? [1] 2 8 9

- C. A-t-(il/elle) été maussade la plupart du temps durant toute la dernière année? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 84, P. 34

SI OUI :

- D. Quand (il/elle) était maussade de cette façon, est-ce que cela durait presque toute la journée? 1 2 8 9



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

84. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu une période où _____ ne prenait
plaisir à rien, pas même aux choses qu'(il/elle)
avait l'habitude d'aimer?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 85

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) paru ne prendre plaisir à rien 1 2 8 9
presque tous les jours durant deux semaines
ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 85

SI OUI :

- B. Les jours où (il/elle) paraissait ainsi, est- [1] 2 8 9
ce que cela durait presque toute la journée?

85. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y 1 2 9
a-t-il eu une période où _____ ne s'intéres-
sait à rien et paraissait s'ennuyer ou restait à
ne rien faire la plupart du temps?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 86

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) paru ne s'intéresser à rien 1 2 8 9
presque tous les jours durant deux semaines
ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 86

SI OUI :

- B. Les jours où (il/elle) paraissait ainsi, est- [1] 2 8 9
ce que cela durait presque toute la journée?

86. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y 1 2 9
a-t-il eu une période où (il/elle) n'avait pas
vraiment le goût de manger?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 87, P. 35

SI OUI :

- A. Y a-t-il eu une période de deux semaines ou 1 2 8 9
plus où, la plupart des jours, (il/elle)
avait moins le goût de manger?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. Cela est-il survenu pendant la période où [1] 2 8 9
(il/elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE
D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET AUX CHOSES]?

- C. A-t-(il/elle) eu moins le goût de manger la [1] 2 8 9
plupart du temps durant toute la dernière
année?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

87. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
est-ce que _____ a beaucoup maigri, sans
suivre une diète?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 88

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION A.
SINON, ALLER A Q. 88.

- A. Est-ce que _____ a maigri pendant la [1] 2 8 9
période où (il/elle) était [TRES TRISTE/
MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS
INTERET AUX CHOSES]?

88. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu une période où _____ voulait
souvent manger plus que d'habitude?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 89

SI OUI :

- A. Y a-t-il eu une période de deux semaines ou 1 2 8 9
plus pendant laquelle, la plupart des jours,
(il/elle) avait le goût de manger plus que
d'habitude?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. Est-ce que _____ a eu le goût de manger [1] 2 8 9
plus que d'habitude durant la période où (il/
elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE
D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET AUX CHOSES]?

- C. A-t-(il/elle) eu le goût de manger plus que [1] 2 8 9
d'habitude la plupart du temps durant toute
la dernière année?

89. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
est-ce que _____ a beaucoup engraisé sans
suivre une diète pour engraisser?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 90, P. 36

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION A.
SINON, ALLER A Q. 90, P. 36.

- A. Est-ce que _____ a engraisé pendant [1] 2 8 9
la période où (il/elle) était [TRES TRISTE/
MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS
INTERET AUX CHOSES]?



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

90. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
a-t-(il/elle) eu plus de difficulté à dormir que
d'habitude, comme des problèmes à s'endormir ou à
rester endormi(e) ou le problème de se réveiller
trop tôt le matin?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 91

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) éprouvé cette difficulté de 1 2 8 9
sommeil la plupart des nuits durant une
période de deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. _____ a-t-(il/elle) éprouvé cette [1] 2 8 9
difficulté de sommeil pendant la période
où (il/elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/
INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET
AUX CHOSES]?

- C. A-t-(il/elle) éprouvé cette difficulté de [1] 2 8 9
sommeil la plupart du temps durant toute
la dernière année?

91. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu une période où (il/elle) dormait
beaucoup plus que d'habitude?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 92

SI OUI :

- A. Est-il arrivé qu'(il/elle) ait dormi beaucoup 1 2 8 9
plus que d'habitude durant une période de deux
semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. Est-ce que _____ a dormi plus que d'habitude [1] 2 8 9
pendant la période où (il/elle) était [TRES
TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/
SANS INTERET AUX CHOSES]?

- C. A-t-(il/elle) dormi plus que d'habitude la [1] 2 8 9
plupart du temps durant toute la dernière
année?

92. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu une période où (il/elle) parlait ou
bougeait beaucoup moins que d'habitude?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 93, P. 37

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. Est-ce qu'(il/elle) a parlé ou bougé ainsi la plupart du temps durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 93

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B. SINON, ALLER A Q. 93.

- B. _____ était-(il/elle) comme ça pendant la période où (il/elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET POUR LES CHOSES]? [1] 2 8 9

93. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y a-t-il eu une période où (il/elle) était très agité(e), où (il/elle) marchait juste pour bouger? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 94

SI OUI :

- A. Etait-ce différent de sa façon d'être habituelle? 1 2 8 9

- B. A-t-(il/elle) été ainsi la plupart des jours durant une période de deux semaines ou plus? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 94

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION C. SINON, ALLER A Q. 94.

- C. A-t-(il/elle) été agité(e) de cette façon pendant la période où (il/elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET POUR LES CHOSES]? [1] 2 8 9

94. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y a-t-il eu une période où _____ a semblé plus fatigué(e) que d'habitude, au point qu'(il/elle) restait assis(e) à ne pratiquement rien faire? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 95, P. 38

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) paru fatigué(e) comme cela la plupart des jours durant deux semaines ou plus? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. C, P. 38

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B, P. 38. SINON, ALLER A Q. C, P. 38.



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

B. Etait-(il/elle) fatigué(e) de cette façon [1] 2 8 9
pendant la période où (il/elle) était [TRES
TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/
SANS INTERET POUR LES CHOSES]?

C. A-t-(il/elle) paru fatigué(e) comme cela, la [1] 2 8 9
plupart du temps durant toute la dernière année?

95. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
_____ a-t-(il/elle) vécu une période où (il/
elle) paraissait avoir beaucoup moins d'énergie
que d'habitude, au point où cela lui demandait un
gros effort pour faire quoi que ce soit?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 96

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) paru sans énergie la plupart 1 2 8 9
des jours durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

B. Est-ce que _____ a semblé sans énergie [1] 2 8 9
pendant la période où (il/elle) était [TRES
TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/
SANS INTERET POUR LES CHOSES]?

C. A-t-(il/elle) été ainsi la plupart du temps [1] 2 8 9
durant toute la dernière année?

96. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
y a-t-il eu une période où (il/elle) semblait
moins s'aimer que d'habitude et où (il/elle) se
blâmait pour toutes sortes de choses survenues
dans le passé?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 97, P. 39

SI OUI :

A. S'est-(il/elle) blâmé(e) ainsi la plupart 1 2 8 9
des jours durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 97, P. 39

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. 97, P. 39.

B. S'est-(il/elle) blâmé(e) ainsi pendant [1] 2 8 9
la période où (il/elle) était [TRES TRISTE/
MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS
INTERET POUR LES CHOSES]?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

97. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
_____ s'en est-(il/elle) pris(e) plus que
d'habitude à (lui/elle)-même, disant qu'(il/elle)
ne pouvait rien faire de bon?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 98

SI OUI :

- A. S'en est-(il/elle) pris(e) à (lui/elle)-même 1 2 8 9
la plupart des jours durant deux semaines ou
plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. A-t-(il/elle) eu ce sentiment envers (lui/elle) [1] 2 8 9
pendant la période où (il/elle) était [TRES
TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/
SANS INTERET POUR LES CHOSES]?

- C. S'en est-(il/elle) pris(e) ainsi à (lui/elle)- [1] 2 8 9
même la plupart du temps durant toute la
dernière année?

98. _____ a-t-(il/elle) souvent dit des choses 1 2 9
désagréables sur son apparence physique?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 99

SI OUI :

- A. _____ a-t-(il/elle) parlé de façon désa- [1] 2 8 9
gréable de son apparence physique la plupart
du temps pendant toute la dernière année?

99. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y 1 2 9
a-t-il eu une période où (il/elle) a éprouvé plus
de difficulté à porter attention à son travail
scolaire, ou à rester concentré(e) sur d'autres
choses qu'(il/elle) devait faire?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 100, P. 40

SI OUI :

- A. Cela était-il différent de la façon dont 1 2 8 9
(il/elle) est habituellement?

- B. A-t-(il/elle) éprouvé cette difficulté 1 2 8 9
à porter attention ou à rester concentré(e)
la plupart des jours durant deux semaines
ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. D, P. 40



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION C.
SINON, ALLER A Q. D.

C. _____ a-t-(il/elle) éprouvé des difficul- [1] 2 8 9
tés d'attention et de concentration pendant la
période où (il/elle) était [TRES TRISTE/
MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS
INTERET POUR LES CHOSES]?

D. A-t-(il/elle) eu cette difficulté à demeurer [1] 2 8 9
concentré(e) sur les choses la plupart du
temps durant toute la dernière année?

100. Y a-t-il eu une période où (il/elle) semblait 1 2 9
incapable de se concentrer ou de penser aussi
clairement ou aussi vite que d'habitude?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 101

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) éprouvé cette difficulté à se 1 2 8 9
concentrer ou à penser clairement la plupart
des jours durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

B. _____ a-t-(il/elle) paru lent(e) à penser [1] 2 8 9
pendant la période où (il/elle) était [TRES
TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/
SANS INTERET POUR LES CHOSES]?

C. A-t-(il/elle) paru lent(e) à penser la [1] 2 8 9
plupart du temps durant toute la dernière
année?

101. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), y 1 2 9
a-t-il eu une période où il lui était plus diffi-
cile que d'habitude de se faire une idée ou de se
décider?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 102, P. 41

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) eu cette difficulté à se faire 1 2 8 9
une idée la plupart des jours durant deux
semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. C, P. 41

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. C.

- B. _____ a-t-(il/elle) éprouvé cette diffi- [1] 2 8 9
culté pendant la période où (il/elle) était
[TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU
PLAISIR/SANS INTERET POUR LES CHOSES]?
- C. A-t-(il/elle) éprouvé cette difficulté à se [1] 2 8 9
faire une idée la plupart du temps durant
toute la dernière année?
102. Durant la dernière année, _____ a-t-(il/ [1] 2 9
elle) vécu des périodes où (il/elle) disait que
la vie était sans espoir et que l'avenir ne lui
réservait rien de bon?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 103

SI OUI :

- A. _____ a-t-(il/elle) paru(e) sans espoir [1] 2 8 9
comme cela, la plupart du temps durant toute
la dernière année?
103. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), [1] 2 9
a-t-(il/elle) parlé plus que d'habitude de la
mort ou de mourir?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 104

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) beaucoup parlé de la mort [1] 2 8 9
durant deux semaines ou plus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 104

SI OUI :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. 104.

- B. Etait-ce pendant la période où _____ se [1] 2 8 9
sentait [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR
DU PLAISIR/SANS INTERET POUR LES CHOSES]?
104. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), [1] 2 9
_____ a-t-(il/elle) dit qu'(il/elle) pensait
à se tuer?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 105, P. 42

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) souvent parlé de se tuer [1] 2 8 9
durant deux semaines ou plus?
- B. Vous a-t-(il/elle) parlé d'un plan précis [1] 2 8 9
sur la façon dont (il/elle) se tuerait?

SI NON OU 9 à A ET B, ALLER A Q. 105, P. 42



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI à A OU B :

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION C.
SINON, ALLER A Q. 105.

C. Ceci s'est-il passé pendant la période où (il/elle) se sentait [TRES TRISTE/MAUSSADE/
INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS INTERET
POUR LES CHOSES]? [1] 2 8 9

105. A-t-(il/elle) déjà, au cours de TOUTE SA VIE, essayé de se tuer? Je veux dire par là, une action, un geste pour se tuer, pas juste en parler? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 4, P. 43

SI OUI :

A. Combien de fois a-t-(il/elle) essayé de se tuer?

Une fois..... 1
Deux fois..... 2
Plus de deux fois..... 3
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

B. Quel âge avait-(il/elle) la première fois qu'(il/elle) a essayé de se tuer?

AGE :

106. A-t-(il/elle) essayé de se tuer depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 4, P. 43

SI OUI :

A. Combien de fois a-t-(il/elle) essayé de se tuer depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

Une fois..... 1
Deux fois..... 2
Plus de deux fois..... 3
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
82B, 83B, 84B OU 85B, POSER LA QUESTION B.
SINON, ALLER A Q. 107, P. 43.

B. Est-ce arrivé pendant la période où (il/elle) était [TRES TRISTE/MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR
DU PLAISIR/SANS INTERET POUR LES CHOSES]? [1] 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

107. De quelle façon a-t-(il/elle) essayé de se tuer?

S'IL Y A EU PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE, SE REFERER A LA PLUS RECENTE. NE PAS LIRE LES REPONSES.

Intoxication médicamenteuse.	01
Autre ingestion.....	02
Pendaison.....	03
Saut dans le vide.....	04
Arme à feu.....	05
Se couper.....	06
Asphyxie.....	07
Se lancer devant un véhicule	08
Autre	09
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99

NOTE 4 : S'IL Y A 2 REPONSES OU PLUS SUR LA FICHE AUX
QUESTIONS 82B à 106B, POSER LES QUESTIONS 108 A 110.
SINON, ALLER A LA SECTION 5, P. 44.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 108. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS),
est-ce que le fait de se sentir [TRES TRISTE/
MAUSSADE/INCAPABLE D'AVOIR DU PLAISIR/SANS
INTERET POUR LES CHOSES] lui a causé des
problèmes avec les autres à la maison? | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 109. Ces sentiments lui ont-ils causé des problèmes
avec ses ami(e)s ou d'autres jeunes de son âge
à l'extérieur de l'école? | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 110. Ces sentiments lui ont-ils causé des problèmes
à l'école, par exemple, des difficultés à faire
son travail scolaire ou à s'entendre avec les
professeurs ou les autres jeunes de l'école? | 1 | 2 | 8 | 9 |



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 5

Pour les questions qui suivent, il se peut que je vous demande si certains des comportements de _____ ont été un problème durant une période d'au moins six mois. (pause) Cela peut avoir commencé avant (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), en autant que le comportement ait continué après (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

111. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS),
quelqu'un a-t-il dit que _____ bouge beaucoup
ses mains, ses pieds ou gigote sur sa chaise
pendant la classe? 1* 2 8 9

112. Est-ce qu'à la maison, vous ou d'autres personnes
avez remarqué qu'(il/elle) est trop agité(e) ou
qu'(il/elle) ne reste pas en place? Joue-t-(il/
elle) avec ses doigts, ou bouge-t-(il/elle) ses
pieds ou gigote-t-(il/elle) sur sa chaise? 1* 2 9

113. S'(il/elle) est dans un endroit où (il/elle)
doit rester tranquille ou à sa place, comme à
l'église ou en automobile, devient-(il/elle) très
agité(e) et semble-t-(il/elle) avoir le besoin de
se déplacer? 1* 2 9

SI L'ENFANT A 12 ANS OU PLUS, POSER LA QUESTION 114.
SINON, ALLER A LA NOTE 5.

114. S'(il/elle) doit rester en place pendant plus
de dix minutes, semble-t-(il/elle) presque
toujours agité(e), comme s'(il/elle) voulait
frapper du pied, ou se lever, ou se déplacer? 1* 2 8 9

NOTE 5 : SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 111, 112, 113 OU 114,
POSER LA QUESTION 115.
SINON, ALLER A Q. 116.

115. Est-ce que cette difficulté de rester assis(e)
tranquille ou cette agitation a été un problème
durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

116. Quelqu'un a-t-il mentionné qu'(il/elle) se
lève souvent de sa chaise à l'école? 1* 2 8 9

117. Avez-vous remarqué qu'(il/elle) ne reste pas
assis(e) à sa place à la maison? Par exemple,
en mangeant à table ou en regardant la télé
ou en faisant ses devoirs? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 116 OU 117, POSER LA QUESTION 118.
SINON, ALLER A Q. 119, P. 45.

118. Est-ce que le fait de ne pas pouvoir rester
assis(e) à sa place a été un problème durant
une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

119. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1* 2 8 9
quelqu'un a-t-il dit que _____ a de la
difficulté à garder son attention sur son travail
scolaire quand il se passe quelque chose d'autre
dans la classe? ☐

120. A la maison, a-t-(il/elle) de la difficulté à 1* 2 9
jouer à un jeu, ou à travailler à quelque chose,
ou à faire ses devoirs parce qu'(il/elle) se laisse
distraire par toutes sortes de petites choses? ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 119 OU 120, POSER LA QUESTION 121.
SINON, ALLER A Q. 122.

121. Est-ce que cette difficulté à maintenir son [1] 2 8 9
attention sur ce qu'(il/elle) fait a été un
problème durant une période d'au moins six mois? ☐

122. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1* 2 9
quand (il/elle) jouait à des jeux de groupe,
a-t-(il/elle) souvent eu de la difficulté à
attendre son tour? ☐

123. Quand _____ doit attendre en ligne, pousse- 1* 2 9
t-(il/elle) ou essaie-t-(il/elle) souvent de
passer devant les autres? ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 122 OU 123, POSER LA QUESTION 124.
SINON, ALLER A Q. 125.

124. Cette difficulté d'attendre son tour ou [1] 2 8 9
d'essayer de passer devant les autres a-t-elle
été un problème durant une période d'au moins
six mois? ☐

125. Quelqu'un a-t-il dit qu'(il/elle) répond 1* 2 8 9
souvent aux questions en classe avant même que
le professeur ait fini de les poser? ☐

126. Donne-t-(il/elle) souvent la réponse avant 1* 2 9
que vous ayez fini de poser une question? ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 125 OU 126, POSER LA QUESTION 127.
SINON, ALLER A Q. 128.

127. Est-ce que le fait de donner ainsi les [1] 2 8 9
réponses a été un problème durant une période
d'au moins six mois? ☐

128. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1* 2 8 9
est-ce que (son/ses) professeur(s) (a/ont) dû
lui rappeler de façon répétée ce qu'(il/elle)
était supposé(e) faire? ☐

129. Quand vous demandez à _____ de faire 1* 2 9
quelque chose, est-ce que vous devez le lui
redire sans cesse parce qu'(il/elle) ne peut
se rappeler ce qu'(il/elle) est supposé(e) faire? ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 128 OU 129, POSER LA QUESTION 130,
P. 46.
SINON, ALLER A Q. 131, P. 46.



OUI = 1 NON = 2

NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

130. Est-ce que ce besoin de se faire rappeler de continuer à faire les choses a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

131. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), quelqu'un a-t-il dit que _____ a souvent de la difficulté à porter attention à son travail scolaire? 1* 2 8 9

132. Supposons que _____ soit en train de jouer à un jeu ou de réaliser quelque chose qui lui plaît à la maison, a-t-(il/elle) de la difficulté à maintenir son attention, même s'il n'arrive rien d'autre pour (le/la) distraire? 1* 2 9

133. A la maison, est-ce difficile pour (lui/elle) de passer plus de quelques minutes à faire quelque chose? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 131, 132 OU 133, POSER LA QUESTION 134.
SINON, ALLER A Q. 135.

134. Est-ce que cette difficulté à porter attention a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

135. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), quelqu'un a-t-il dit qu'il lui arrive souvent de laisser son travail scolaire avant qu'(il/elle) ne l'ait fini? 1 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 136

SI OUI :

A. Est-ce parce qu'(il/elle) se met à faire autre chose? 1* 2 8 9

136. Et à la maison? A-t-(il/elle) le problème de souvent faire les choses à moitié, sans les finir? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 6

SI OUI :

A. Est-ce parce qu'(il/elle) se met à faire autre chose à la place? 1* 2 8 9

NOTE 6 : SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 135A OU 136A, POSER LA QUESTION 137.
SINON, ALLER A Q. 138.

137. Est-ce que le fait qu'(il/elle) passe ainsi d'une chose à l'autre a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

138. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) été beaucoup plus bruyant(e) que les autres enfants quand (il/elle) s'amusait? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 139, P. 47

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- A. Est-ce difficile pour (lui/elle) de s'amuser sans faire de bruit? 1* 2 8 9 ☐
139. (Son/ses) professeur(s) ou d'autres personnes se sont-(ils/elles) plaints parce qu'(il/elle) est trop bruyant(e) quand (il/elle) s'amuse? 1* 2 9 ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 138A OU 139, POSER LA QUESTION 140.
SINON, ALLER A Q. 141.

140. Est-ce que le fait d'être aussi bruyant(e) quand (il/elle) s'amuse a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9 ☐
141. Quelqu'un a-t-il dit qu'(il/elle) est toujours en train de courir ici et là à l'école, plus que les autres enfants de son âge, par exemple, pendant l'éducation physique et les récréations? 1* 2 8 9 ☐
142. Et à la maison? Est-(il/elle) toujours en train d'aller et venir, de courir, de sauter, de grimper sur quelque chose? 1* 2 9 ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 141 OU 142, POSER LA QUESTION 143.
SINON, ALLER A Q. 144.

143. Est-ce que le fait de courir, de sauter ou de grimper sur les choses a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9 ☐
144. Quelqu'un a-t-il dit qu'(il/elle) est trop bavard(e) en classe? 1* 2 8 9 ☐
145. Et à la maison? Est-(il/elle) trop bavard(e)? 1* 2 9 ☐
146. Est-ce que vous-même ou d'autres adultes pensez qu'(il/elle) est une vraie pie/un moulin à paroles, qu'(il/elle) parle toujours trop? 1* 2 9 ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 144, 145 OU 146, POSER LA QUESTION 147.
SINON, ALLER A Q. 148.

147. Est-ce que le fait qu'(il/elle) parle trop a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9 ☐
148. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) souvent coupé la parole à quelqu'un? 1* 2 9 ☐
149. Est-ce qu'(il/elle) se mêle souvent des affaires des autres? 1* 2 9 ☐

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 148 OU 149, POSER LA QUESTION 150,
P. 48.
SINON, ALLER A Q. 151, P. 48.



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

150. Est-ce que le fait de couper la parole à quelqu'un ou de se mêler des affaires des autres a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9
151. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que le(s) professeur(s) de _____ a(ont) dit qu'(il/elle) a souvent eu l'air de ne pas entendre ce qu'il(s) lui disait(ent)? 1* 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 152

SI OUI :

- A. Est-ce parce qu'(il/elle) a un problème d'audition? 1 2 8 9
152. Est-ce qu'(il/elle) a souvent l'air de ne pas entendre ce que vous ou les autres disent? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 151 OU 152, POSER LA QUESTION 153.
SINON, ALLER A Q. 154.

153. Est-ce que le fait de ne pas entendre ce que les autres disent a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9
154. Quelqu'un a-t-il dit que _____ perd souvent des papiers, des livres, des plumes ou des crayons, à l'école? 1* 2 8 9
155. A la maison, _____ perd-(il/elle) plus de choses que les autres enfants de son âge? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 154 OU 155, POSER LA QUESTION 156.
SINON, ALLER A Q. 157.

156. Est-ce que le fait de perdre des choses a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9
157. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), s'est-(il/elle) souvent mis(e) dans une situation où (il/elle) aurait pu être blessé(e) parce qu'(il/elle) n'avait pas réfléchi à ce qu'(il/elle) faisait? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 158

SI OUI :

- A. Est-ce quelque chose qu'(il/elle) a fait soudainement, sans réfléchir d'avance à ce qui pouvait lui arriver? 1 2 8 9
- B. Est-ce que faire des choses dangereuses sans réfléchir a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9
158. Quelqu'un a-t-il dit qu'(il/elle) est souvent distrait(e) ou semble oublier la suite de ce qu'(il/elle) est en train de faire à l'école, comme s'(il/elle) partait dans les nuages? 1* 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

159. A la maison, est-ce qu'(il/elle) oublie souvent la suite de ce qu'(il/elle) fait, ou part-(il/elle) dans les nuages? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 158 OU 159, POSER LA QUESTION 160. SINON, ALLER A Q. 161.

160. Les personnes oublient parfois la suite de ce qu'elles font quand elles prennent des drogues ou de l'alcool ou quand elles sont très fatiguées, n'ont pas bien dormi, ou quand elles sont malades, très inquiètes ou anxieuses. (pause)
Est-ce que _____ oublie la suite de ce qu'(il/elle) fait quand (il/elle) est dans une de ces situations? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 161

SI OUI :

- A. Est-ce qu'(il/elle) oublie souvent la suite de ce qu'(il/elle) fait ou part dans les nuages, quand (il/elle) n'a pas pris de drogues ou d'alcool, ou quand (il/elle) n'est pas fatigué(e), malade, inquiet(e), ou anxieux(se)? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 161

SI OUI :

- B. Est-ce que le fait d'oublier la suite de ce qu'(il/elle) fait ou de partir dans les nuages a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

161. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), quelqu'un vous a-t-il dit qu'(il/elle) semble souvent lent(e) ou à moitié endormi(e) à l'école, comme s'(il/elle) manquait d'énergie? 1* 2 8 9

162. Et à la maison? Semble-t-(il/elle) souvent lent(e) ou à moitié endormi(e)? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 161 OU 162, POSER LA QUESTION 163. SINON, ALLER A Q. 164, P. 50.

163. Les personnes semblent parfois lentes ou à moitié endormies quand elles prennent des drogues ou de l'alcool, ou quand elles sont très fatiguées, n'ont pas bien dormi, ou quand elles sont malades, très inquiètes ou anxieuses. (pause)
Est-ce que _____ semble lent(e) ou à moitié endormi(e) quand (il/elle) est dans une de ces situations? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 164, P. 50

SI OUI :

- A. Semble-t-(il/elle) souvent à moitié endormi(e) ou lent(e) quand (il/elle) ne prend pas de drogues ou d'alcool, ou qu'(il/elle) n'est pas fatigué(e), malade, inquiet(e) ou anxieux(se)? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 164, P. 50



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

- B. Est-ce que le fait d'être lent(e) ou à moitié endormi(e) a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9
164. Quelqu'un a-t-il dit qu'il y a beaucoup de choses que _____ veut faire et sait faire à l'école, mais qu'(il/elle) ne semble jamais arriver à faire? 1* 2 8 9
165. Et à la maison? Y a-t-il beaucoup de choses qu'(il/elle) veut faire et sait faire, mais qu'(il/elle) n'arrive jamais à faire? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 164 OU 165, POSER LA QUESTION 166.
SINON, ALLER A LA NOTE 7.

166. Parfois, les personnes n'arrivent pas à faire les choses quand elles prennent des drogues ou de l'alcool ou quand elles veulent faire fâcher quelqu'un ou le mettre en colère. (pause)
Est-ce que _____ a de la difficulté à arriver à faire les choses quand (il/elle) est dans une de ces situations? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A LA NOTE 7

SI OUI :

- A. Est-ce qu'(il/elle) a souvent de la difficulté à arriver à faire les choses quand (il/elle) ne prend pas des drogues ou de l'alcool, ou n'essaie pas de faire fâcher quelqu'un ou de le mettre en colère? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A LA NOTE 7

SI OUI :

- B. Est-ce que le fait de ne pas arriver à faire les choses a été un problème durant une période d'au moins six mois? [1] 2 8 9

NOTE 7 : S'IL Y A 5 REPONSES OU PLUS SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 115 à 166B, POSER LES QUESTIONS 167 A 170.
SINON, ALLER A LA SECTION 6, P. 52.

167. Je vous ai posé beaucoup de questions au sujet des problèmes que _____ peut avoir eus pour garder son attention ou parce qu'(il/elle) est trop agité(e). (pause) Par exemple, vous avez dit que (ENUMERER TOUS LES PROBLEMES DES QUESTIONS 115 à 166B). (pause) A-t-(il/elle) commencé à avoir ces problèmes quand (il/elle) était petit(e), à l'âge de six ans ou moins, quand (il/elle) était à la maternelle ou en première année? 1 2 8 9
168. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que cela lui a causé des problèmes avec les autres à la maison? 1 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

-
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 169. Est-ce que cela lui a causé des problèmes avec ses ami(e)s ou d'autres jeunes de son âge à l'extérieur de l'école? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 170. Est-ce que cela lui a causé des problèmes à l'école, par exemple, des difficultés à faire son travail scolaire ou à s'entendre avec les professeurs ou les autres jeunes de l'école? | 1 | 2 | 8 | 9 | <input type="checkbox"/> |



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 6

Dans la section suivante, j'aurai peut-être à vous demander si _____ a eu certains comportements durant une période de six mois ou plus (pause). Encore une fois, cela peut avoir commencé avant (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), en autant que le comportement ait continué après (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

171. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
s'est-(il/elle) mis(e) en colère au point de
crier, briser des choses ou frapper des gens?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 172

SI OUI :

- A. Est-ce que cela arrive à la maison? 1 2 8 9

- B. Et à l'école? 1 2 8 9

- C. Combien de fois s'est-(il/elle) mis(e) en
colère?

4-7 jours par semaine....	1*
1-3 jours par semaine....	2*
1-3 jours par mois.....	3
Moins d'une fois par mois	4
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

SI REPONSE "*" à C, POSER LA QUESTION D.
SINON, ALLER A Q. 172.

- D. S'est-(il/elle) mis(e) en colère comme [1] 2 8 9
cela durant une période de six mois ou plus?

172. Est-ce qu'(il/elle) s'est disputé(e) avec vous 1 2 9
ou d'autres adultes, comme son professeur, ou
bien a-t-(il/elle) répondu avec impolitesse?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 173, P. 53

SI OUI :

- A. Le fait-(il/elle) à la maison? 1 2 8 9

- B. Et à l'école? 1 2 8 9

- C. Combien de fois s'est-(il/elle) disputé(e)
ou a-t-(il/elle) répondu avec impolitesse?

4-7 jours par semaine....	1*
1-3 jours par semaine....	2*
1-3 jours par mois.....	3
Moins d'une fois par mois	4
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

SI REPONSE "*" à C, POSER LA QUESTION D.
SINON, ALLER A Q. 173, P. 53.

- D. S'est-(il/elle) disputé(e) ou a-t-(il/elle) [1] 2 8 9
répondu impoliment aux adultes durant une
période de six mois ou plus?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

173. A-t-(il/elle) refusé de faire ce que vous 1 2 9
ou d'autres adultes lui demandiez?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 174

SI OUI :

- A. Refuse-t-(il/elle) de faire ce qu'on lui 1 2 8 9
demande à la maison?

- B. Et à l'école? 1 2 8 9

- C. Combien de fois a-t-(il/elle) refusé de faire
ce qu'on lui demandait?

4-7 jours par semaine.... 1*
1-3 jours par semaine.... 2*
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à C, POSER LA QUESTION D.
SINON, ALLER A Q. 174.

- D. A-t-(il/elle) refusé de faire ce qu'on lui [1] 2 8 9
demandait durant une période de six mois
ou plus?

174. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), 1 2 9
a-t-(il/elle) fait des choses exprès pour
embêter les autres?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 175, P. 54

SI OUI :

- A. Est-ce qu'(il/elle) a de la difficulté à 1 2 8 9
s'entendre avec les autres à cause de cela?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 175, P. 54

SI OUI :

- B. Fait-(il/elle) des choses pour embêter les 1 2 8 9
autres à la maison?

- C. Et à l'école? 1 2 8 9

- D. Combien de fois a-t-(il/elle) fait des
choses pour embêter les autres?

4-7 jours par semaine.... 1*
1-3 jours par semaine.... 2*
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à D, POSER LA QUESTION E.
SINON, ALLER A Q. 175, P. 54.

- E. A-t-(il/elle) fait des choses pour embêter [1] 2 8 9
les autres durant une période de six mois
ou plus?



OUI = 1
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NON = 2

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ÉCRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

175. A-t-(il/elle) l'habitude de dire que c'est la faute d'un(e) autre quand (il/elle) fait une erreur? 1 2 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 176

- A. Est-ce qu'(il/elle) a de la difficulté à s'entendre avec les autres à cause de cela? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 176

- B. Dit-(il/elle) que c'est la faute des autres quand (il/elle) fait des erreurs à la maison? 1 2 8 9

- C. Et à l'école? 1 2 8 9

- D. Combien de fois a-t-(il/elle) dit que c'était la faute des autres?

4-7 jours par semaine.... 1*
1-3 jours par semaine.... 2*
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à D, POSER LA QUESTION E.
SINON, ALLER A Q. 176.

- E. A-t-(il/elle) blâmé les autres après avoir fait une erreur durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9

176. Depuis (NOMMER L'ÉVÉNEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que _____ a été de mauvaise humeur, c'est-à-dire très facilement énervé(e) par des petites choses? 1 2 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 177, P. 55

- A. Est-ce que cela fait en sorte que les autres surveillent ce qu'ils disent ou font quand ils sont près de (lui/elle)? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 177, P. 55

- B. Est-(il/elle) de mauvaise humeur ou très facilement énervé(e) à la maison? 1 2 8 9

- C. Et à l'école? 1 2 8 9

- D. Combien de fois a-t-(il/elle) eu l'air de mauvaise humeur ou énervé(e)?

4-7 jours par semaine.... 1*
1-3 jours par semaine.... 2*
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à D, POSER LA QUESTION E, P. 55
SINON, ALLER A Q. 177, P. 55.

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- E. A-t-(il/elle) été de mauvaise humeur ou facilement énervé(e) durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9
177. A-t-(il/elle) semblé en colère ou désagréable, disant que les gens lui reprochaient des choses sans raison? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 178

SI OUI :

- A. Est-ce qu'(il/elle) a de la difficulté à s'entendre avec les autres à cause de cela? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 178

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) semblé en colère ou désagréable à la maison? 1 2 8 9

- C. Et à l'école? 1 2 8 9

- D. Combien de fois a-t-(il/elle) semblé en colère ou désagréable?

4-7 jours par semaine.... 1*
1-3 jours par semaine.... 2*
1-3 jours par mois..... 3
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à D, POSER LA QUESTION E.
SINON, ALLER A Q. 178.

- E. A-t-(il/elle) semblé en colère ou désagréable durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9
178. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), s'est-(il/elle) vengé(e) des autres en disant des mensonges à leur sujet? 1* 2 8 9
179. S'est-(il/elle) vengé(e) des autres en les frappant, en brisant leurs choses ou en les mettant à l'envers? 1* 2 8 9

SI REPONSES "*" AUX QUESTIONS 178 OU 179, POSER LA QUESTION 180.
SINON, ALLER A Q. 184, P. 56.

180. Est-ce qu'à la maison c'est comme cela qu'(il/elle) se venge des autres [EN MENTANT/EN LES FRAPPANT/EN BRISANT LEURS CHOSES OU EN LES METTANT A L'ENVERS]? 1 2 8 9
181. Et à l'école? 1 2 8 9



OUI = 1 NON = 2

NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

182. Combien de fois s'est-(il/elle) vengé(e) des autres?

4-7 jours par semaine....	1*
1-3 jours par semaine....	2*
1-3 jours par mois.....	3*
Moins d'une fois par mois	4
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

SI REPONSE "*" A Q. 182, POSER LA QUESTION 183.
SINON, ALLER A Q. 184.

183. S'est-(il/elle) vengé(e) des autres durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9

184. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), a-t-(il/elle) essayé de causer des ennuis aux autres? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 185

SI OUI :

A. Est-ce qu'(il/elle) a de la difficulté à s'entendre avec les autres à cause de cela? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 185

SI OUI :

B. Essaie-t-(il/elle) de causer des ennuis aux autres à la maison? 1 2 8 9

C. Et à l'école? 1 2 8 9

D. Combien de fois a-t-(il/elle) causé des ennuis aux autres?

4-7 jours par semaine....	1*
1-3 jours par semaine....	2*
1-3 jours par mois.....	3*
Moins d'une fois par mois	4
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

SI REPONSE "*" à D, POSER LA QUESTION E.
SINON, ALLER A Q. 185.

E. A-t-(il/elle) essayé de causer des ennuis aux autres durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9

185. Des gens se sont-ils plaints qu'(il/elle) sacrait ou disait des mots grossiers? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A LA NOTE 8, P. 57

SI OUI :

A. Sacre-t-(il/elle) ou utilise-t-(il/elle) des mots grossiers à la maison? 1 2 8 9

B. Et à l'école? 1 2 8 9

OUI = 1 NON = 2
 NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
 RIEN DANS
 LA MARGE

C. Combien de fois a-t-(il/elle) sacré ou
 utilisé des mots grossiers?

4-7 jours par semaine....	1*
1-3 jours par semaine....	2*
1-3 jours par mois.....	3
Moins d'une fois par mois	4
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

SI REPONSE "*" à C, POSER LA QUESTION D.
 SINON, ALLER A LA NOTE 8.

D. A-t-(il/elle) sacré ou utilisé des mots grossiers durant une période de six mois ou plus? [1] 2 8 9

NOTE 8 : S'IL Y A 3 REPONSES OU PLUS SUR LA FICHE AUX QUESTIONS
 171D à 185D, POSER LES QUESTIONS 186 A 188.
 SINON, ALLER A LA SECTION 7, P. 58.

186. Je vous ai posé beaucoup de questions à propos des problèmes que _____ peut avoir eus dans ses relations avec les autres, ou en perdant patience. (pause) Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), ce(s) comportement(s) lui (a-t-il/ont-ils) causé des problèmes avec les autres à la maison? 1 2 8 9
187. Ce(s) comportement(s) lui (a-t-il/ont-ils) causé des problèmes avec ses ami(e)s ou d'autres jeunes de son âge à l'extérieur de l'école? 1 2 8 9
188. Ce(s) comportement(s) lui (a-t-il/ont-ils) causé des problèmes à l'école, par exemple, des difficultés à faire son travail scolaire ou à s'entendre avec les professeurs ou les autres jeunes de l'école? 1 2 8 9



OUI = 1
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NON = 2

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SECTION 7

Maintenant, je vais vous poser quelques questions à propos de choses qui peuvent mettre les gens dans des situations ennuyeuses. (pause) Je veux vous rappeler ici que tout ce que vous me dites demeure entièrement confidentiel. (pause) En répondant à ces questions, pensez à toute la période des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis (NOMMER L'EVENEMENT/LE MOIS, d'il y a un an).

189. Au cours de la dernière année, s'est-(il/elle) emparé(e) de la sacoche de quelqu'un? [1*] 2 9
190. A-t-(il/elle) commis un vol à main armée ou volé quelqu'un? [1*] 2 9
191. A-t-(il/elle) menacé quelqu'un pour pouvoir le voler? [1*] 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 189, 190 OU 191, POSER LA QUESTION 192.
SINON, ALLER A Q. 193.

192. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), [S'EST-(IL/ELLE) EMPARE(E) DE LA SACOCHE DE QUELQU'UN/A-T-(IL/ELLE) VOLE/A-T-(IL/ELLE) MENACE QUELQU'UN]? 1 2 8 9
193. Au cours de la dernière année, vous a-t-(il/elle) pris de l'argent ou a-t-(il/elle) pris des choses à d'autres personnes avec qui (il/elle) vit? 1* 2 9
194. A-t-(il/elle) piqué des choses dans les magasins? 1* 2 9
195. A-t-(il/elle) volé quelqu'un quand il n'était pas là ou ne (le/la) regardait pas, comme voler quelque chose dans un pupitre ou dans un casier ou ailleurs? 1* 2 9

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS 193, 194 OU 195, POSER LA QUESTION 196.
SINON, ALLER A Q. 198.

196. A-t-(il/elle) [VOLE QUELQU'UN A LA MAISON/PIQUE DES CHOSES DANS LES MAGASINS/VOLE QUELQU'UN QUI N'ETAIT PAS LA] plus d'une fois au cours de la dernière année? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 197

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) volé ainsi depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9
197. Quand (il/elle) a volé de cette façon, a-t-(il/elle) déjà pris quelque chose qui valait plus de \$10? 1 2 8 9
198. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT/LE MOIS, d'il y a un an), s'est-(il/elle) enfui(e) de la maison pendant toute une nuit, disons jusqu'à quatre ou cinq heures du matin? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 199, P. 59

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

A. S'est-(il/elle) enfui(e) plus d'une fois? [1*] 2 8 9

B. Quand (il/elle) s'est enfui(e), lui est-il [1*] 2 8 9
déjà arrivé de rester ailleurs pour une
période aussi longue que deux semaines entières?

SI REPONSE(S) "*" AUX QUESTIONS A OU B, POSER LA QUESTION C.
SINON, ALLER A Q. 199.

C. S'est-(il/elle) enfui(e) depuis (NOMMER 1 2 8 9
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

D. S'est-(il/elle) enfui(e) parce qu'à la maison, 1 2 8 9
on lui faisait du mal ou on (le/la) punis-
sait sévèrement?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 199

SI OUI :

E. Est-ce la seule raison pour laquelle (il/elle) 1 2 8 9
s'est enfui(e) au cours de la dernière année?

199. A-t-(il/elle) raconté beaucoup de mensonges? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 200

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) eu des ennuis à cause de ses 1 2 8 9
mensonges?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 200

SI OUI :

B. Combien de fois a-t-(il/elle) eu des ennuis
à cause de ses mensonges au cours de la
dernière année?

Chaque jour..... [1*]
1-6 jours par semaine.... [2*]
1-3 jours par mois..... [3*]
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI REPONSE "*" à B, POSER LA QUESTION C.
SINON, ALLER A Q. 200.

C. A-t-(il/elle) eu des ennuis à cause de ses 1 2 8 9
mensonges depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y
A SIX MOIS)?

200. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1 2 9
commencé un feu sans permission?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 201, P. 60

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) mis ce feu pour causer des [1] 2 8 9
dommages ou pour faire du mal à quelqu'un?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 201, P. 60



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SI OUI :

B. A-t-(il/elle) mis le feu de cette façon depuis 1 2 8 9
(NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

201. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1 2 8 9
manqué des cours ou manqué l'école quand (il/
elle) devait s'y rendre?

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 202

SI OUI :

A. Combien de fois a-t-(il/elle) fait cela au
cours de la dernière année?

Plus de 12 fois..... [1]
7 - 12 fois..... [2]
4 - 6 fois..... [3]
1 - 3 fois..... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

B. A-t-(il/elle) manqué des cours ou l'école 1 2 8 9
depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

C. A-t-(il/elle) manqué l'école parce qu'(il/
elle) était nerveux(se) ou effrayé(e)? 1 2 8 9

D. Les jours où (il/elle) a manqué l'école,
saviez-vous (habituellement) qu'(il/elle)
n'était pas à l'école? 1 2 8 9

E. Quand (il/elle) a manqué l'école, est-(il/
elle) (habituellement) resté(e) à la maison? 1 2 8 9

202. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT/LE MOIS, d'il y a un [1] 2 9
an), est-(il/elle) entré(e) dans une maison, un
édifice ou une voiture, en brisant une porte ou
une fenêtre?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 203

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) fait cela depuis (NOMMER 1 2 8 9
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

203. A-t-(il/elle) brisé quelque chose ou fait du [1] 2 9
vandalisme par exprès, comme casser des vitres,
dessiner des graffiti sur les murs, couper
des pneus?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 204

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) fait cela depuis (NOMMER 1 2 8 9
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

204. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) [1] 2 9
torturé des animaux ou leur a-t-(il/elle) fait
du mal par exprès?

SI NON OU 9, ALLER A NOTE 9, P. 61

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) fait cela depuis (NOMMER 1 2 8 9
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88

NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

NOTE 9 : SI L'ENFANT A 12 ANS ET PLUS, POSER LA QUESTION 205.
SINON, ALLER A Q. 206.

205. A votre connaissance, a-t-(il/elle) déjà eu des relations sexuelles avec une autre personne (autre que seulement se caresser ou s'embrasser)? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 206

SI OUI :

- A. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) fait quelque chose de sexuel avec quelqu'un pour de l'argent ou pour obtenir une chose qu'(il/elle) voulait? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 206

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) fait cela depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

- C. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) forcé une personne, contre sa volonté, à faire quelque chose de sexuel avec (lui/elle)? [1] 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 206

SI OUI :

- D. A-t-(il/elle) fait cela au cours des six derniers mois? 1 2 8 9

206. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) participé à une grosse bataille où on se donnait des coups de poings et où on se frappait? 1 2 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 207, P. 62

SI OUI :

- A. A-t-(il/elle) commencé une grosse bataille comme cela au cours de la dernière année? 1 2 8 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. F, P. 62

SI OUI :

- B. A-t-(il/elle) commencé au moins quatre batailles comme cela au cours de la dernière année? [1] 2 8 9

- C. A-t-(il/elle) commencé au moins une bataille comme cela depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

- D. A-t-(il/elle) commencé des batailles comme cela avec d'autres personnes à la maison? 1 2 8 9

- E. A-t-(il/elle) commencé des batailles comme cela avec d'autres personnes, comme à l'école ou dans le voisinage? 1 2 8 9



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

F. A-t-(il/elle) déjà utilisé, dans une bataille, 1 2 8 9
une arme, comme une brique, une bouteille,
une barre de fer, un bâton, un couteau ou une
arme à feu?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 207

SI OUI :

G. A-t-(il/elle) déjà utilisé une arme comme cela [1] 2 8 9
dans plus d'une bataille au cours de la dernière
année?

H. A-t-(il/elle) utilisé une arme comme cela 1 2 8 9
dans au moins une bataille depuis (NOMMER
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

207. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1 2 9
déjà fait preuve de cruauté physique envers
quelqu'un ou essayé de lui faire mal?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 208

SI OUI :

A. A-t-(il/elle) essayé de faire mal à quelqu'un, [1] 2 8 9
en-dehors d'une bataille ou d'une crise où
(il/elle) avait perdu le contrôle (de lui/
d'elle)-même?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 208

SI OUI :

B. A-t-(il/elle) essayé de faire mal à quelqu'un 1 2 8 9
en-dehors d'une bataille, depuis (NOMMER
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

208. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1* 2 9
agi en brute (ou persécuteur(trice)), c'est-
à-dire menacé ou fait mal à des enfants qui
ne pouvaient pas se défendre?

209. Est-ce que des parents se sont déjà plaints 1* 2 9
à vous qu'(il/elle) s'en prend à leurs
enfants?

SI REPONSE "*" AUX QUESTIONS 208 OU 209, POSER LES QUESTIONS 210
ET 211.
SINON, ALLER A LA NOTE 10, P. 63.

210. Combien de fois agit-(il/elle) en brute/s'en
prend-(il/elle) aux autres enfants?

Chaque jour..... [1]
1-6 jours par semaine.... [2]
1-3 jours par mois..... [3]
Moins d'une fois par mois 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

211. A-t-(il/elle) fait cela depuis (NOMMER 1 2 8 9
L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

OUI = 1 NON = 2
 NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
 RIEN DANS
 LA MARGE

NOTE 10 : SI L'ENFANT A MOINS DE 12 ANS, POSER LA QUESTION 212.
 SINON, ALLER A Q. 213.

212. Dans toute sa vie, a-t-(il/elle) déjà bu de l'alcool? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 214

A. S'agissait-il de plus d'une gorgée? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 214

B. A-t-(il/elle) bu de l'alcool régulièrement, disons plus d'une fois par mois? [1] 2 8 9

C. A-t-(il/elle) déjà bu de l'alcool sans votre permission? 1 2 8 9

ALLER A Q. 214

213. Est-ce que _____ a déjà bu de l'alcool avant l'âge de 12 ans? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 214

A. S'agissait-il de plus d'une gorgée? 1 2 8 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 214

B. A-t-(il/elle) bu de l'alcool régulièrement avant l'âge de 12 ans, disons plus d'une fois par mois? [1] 2 8 9

C. A-t-(il/elle) déjà bu de l'alcool avant l'âge de 12 ans sans votre permission? 1 2 8 9

214. Présentement, _____ fait-(il/elle) usage de la cigarette? 1 2 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 215

A. Fume-t-(il/elle) une ou des cigarette(s) tous les jours? 1 2 8 9

215. A-t-(il/elle) déjà fait usage de drogues illégales comme la marijuana, le hashich, le crack, la cocaïne ou autres? 1 2 9

SI OUI :

SI NON OU 9, ALLER A Q. 216, P. 64

A. A-t-(il/elle) pris de la drogue ou quoi que ce soit pour être gelé(e) (ou "high") depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? [1] 2 8 9



OUI = 1 NON = 2
NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

216. Appartient-(il/elle) à "une gang" ou se tient-(il/elle) avec un groupe de jeunes qui causent ou qui s'attirent beaucoup d'ennuis? 1 2 9

NOTE 11 : S'IL Y A AU MOINS UNE REPONSE SUR LA FICHE AUX QUESTIONS 189 à 215A, POSER LA QUESTION 217. SINON, ALLER A L'ADAPTATION, P. 66.

217. Est-ce que ces façons d'agir lui ont causé des problèmes avec les autres à la maison :

A. Au cours de la dernière année? 1 2 8 9

B. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

218. Est-ce que ces façons d'agir lui ont causé des problèmes avec ses ami(e)s ou d'autres jeunes de son âge à l'extérieur de l'école :

A. Au cours de la dernière année? 1 2 8 9

B. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

219. Est-ce que ces façons d'agir lui ont causé des problèmes à l'école, par exemple, des difficultés à faire son travail scolaire ou à s'entendre avec les professeurs ou les autres jeunes de l'école :

A. Au cours de la dernière année? 1 2 8 9

B. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

220. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) été renvoyé(e) de l'école, c'est-à-dire qu'on lui a défendu définitivement de retourner à cette école? 1 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 221

SI OUI :

A. Combien de fois? NOMBRE :

B. Cela lui est-il arrivé depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)? 1 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 221

SI OUI :

C. Combien de fois? NOMBRE :

221. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) été mis(e) à la porte d'un cours tout en restant à l'école? 1 2 8 9

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 222, P. 65

SI OUI :

A. Combien de fois? NOMBRE :

OUI = 1 NON = 2
 NE S'APPLIQUE PAS = 8, 88 NE SAIT PAS = 9, 99

N'ECRIVEZ
 RIEN DANS
 LA MARGE

B. Cela lui est-il arrivé depuis (NOMMER 1 2 8 9
 L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 222

SI OUI :

C. Combien de fois? NOMBRE :

222. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1 2 8 9
 été suspendu(e) de l'école, c'est-à-dire
 qu'on lui a dit de ne pas retourner à l'école
 pour une journée ou plus?

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 223

SI OUI :

A. Combien de fois? NOMBRE :

B. Cela lui est-il arrivé depuis (NOMMER 1 2 8 9
 L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

SI NON, 8 OU 9, ALLER A Q. 223

SI OUI :

C. Combien de fois? NOMBRE :

223. Au cours de la dernière année, a-t-(il/elle) 1 2 8 9
 eu des ennuis avec la police ou a-t-(il/elle)
 été arrêté(e) par la police?

SI NON OU 9, ALLER A Q. 224, P. 66

SI OUI :

A. Cela lui est-il arrivé depuis (NOMMER 1 2 8 9
 L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?

L'ADAPTATIONN'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

224. Je vous ai posé beaucoup de questions sur des sentiments et des comportements de _____. (pause) Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions plus générales. (pause) Ces questions portent sur la période qui s'est écoulée depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

DONNER LA CARTE 1 AU REPONDANT

Pour les questions suivantes, pourriez-vous me montrer en pointant sur cette carte, la case correspondant à votre réponse, soit : "pas de problème", "un très gros problème", ou "entre les deux".

(Ne s'applique pas = 8, Ne sait pas = 9)

En général, à quel niveau diriez-vous que _____ se situe en ce qui concerne :

- | | | |
|--|---------------|--------------------------|
| a) Se mettre dans le trouble? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| b) S'entendre avec vous (sa mère ou conjointe qui vit avec l'enfant depuis au moins douze mois)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| c) S'entendre avec vous (son père ou conjoint qui vit avec l'enfant depuis au moins douze mois)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| d) Se sentir malheureux(se) ou triste? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| e) Son comportement à l'école? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| f) S'amuser (avoir du "fun")? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| g) S'entendre avec des adultes autres que vous (ou ses parents)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| h) Se sentir nerveux(se) ou inquiet(e)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| i) S'entendre avec ses frères ou soeurs? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| j) S'entendre avec les autres jeunes de son âge? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| k) S'impliquer dans des activités comme des sports ou des passe-temps (hobbies)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| l) Faire ses travaux scolaires? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| m) Ses résultats scolaires? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| n) Son comportement à la maison? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |

**DONNER LA CARTE 2 AU REPONDANT
POUR LES QUESTIONS O ET P.**

Pour les questions suivantes, pourriez-vous me montrer, en pointant sur cette carte, si la réponse est "pas du tout", "nettement", ou "quelque part entre les deux".

- | | | |
|--|---------------|--------------------------|
| o) En général, dans quelle mesure vous inquiétez-vous à son sujet? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |
| p) Dans quelle mesure pensez-vous que _____ a besoin d'aide, quelque soit le problème, de la part d'un médecin, d'un(e) psychologue, d'un(e) travailleur(se) social(e) ou de tout autre professionnel(le)? | 1 2 3 4 5 8 9 | <input type="checkbox"/> |

SI OUI :

247. Qui vous avait conseillé de demander de l'aide?

Un membre de votre famille..... 01
Un(e) ami(e)..... 02
Un professeur..... 03
Un(e) voisin(e)..... 04
Un prêtre, un(e) religieux(se)..... 05
Un(e) avocat(e)..... 06
Votre médecin de famille..... 07
Un(e) pédiatre..... 08
Autre : 09
Ne s'applique pas..... 88
Ne sait pas..... 99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE☐248. Qu'est-ce qui vous a empêché de demander de l'aide?
Vous pouvez nommer plusieurs raisons.

Vous ne saviez pas trop où vous adresser..... 01
Votre conjoint(e) (s'il y a lieu) n'était pas d'accord.. 02
Vous vous inquiétiez des réactions de la famille..... 03
Vous ne pouviez obtenir un rendez-vous..... 04
Vous aviez peur que ça se sache..... 05
Vous craigniez que votre enfant passe pour fou..... 06
Vous trouviez que c'était trop loin..... 07
Ça aurait pris trop de temps..... 08
Vous aviez peur de la réaction de votre enfant..... 09
Votre enfant ne voulait pas y aller..... 10
Vous n'aviez pas confiance..... 11
Vous pensiez que ça passerait avec le temps..... 12
Vous vouliez régler le problème vous-même..... 13
Le problème n'était pas assez important..... 14
On ne s'inquiétait pas à l'école..... 15
Il y avait un problème de transport..... 16
Ça aurait coûté trop cher..... 17
Il y avait un problème de langue..... 18
Autre : 19
Ne s'applique pas..... 88
Ne sait pas..... 99

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐PROBLEMES DE SANTE DANS LE FOYER249. Est-ce que _____ et/ou quelqu'un vivant dans votre foyer
présente(nt) depuis au moins six mois, l'une ou l'autre des maladies
suivantes?

(Ne sait pas = 9)

Aucun(e) Enfant Mère Frère(s) Au-
cible Père Soeur(s) tre(s)

a) Epilepsie avec convulsions ou autres manifestations.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
b) Encéphalite (infection du cerveau) ou méningite (infection de l'enveloppe du cerveau).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
c) Déficit moteur cérébral...	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
d) Maux de tête fréquents ou migraines.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
e) Asthme.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
f) Bronchites ou autres troubles respiratoires....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>

	Aucun(e)	Enfant	Mère	Frère(s)	Au-		N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
	cible	Père	Soeur(s)	tre(s)			
g) Fibrose kystique.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
h) Eczéma.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
i) Pelade chronique (perte de cheveux).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
j) Autres maladies de la peau	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
k) Obésité.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
l) Otites fréquentes.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
m) Rhumes fréquents.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
n) Diabète.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
o) Maladies du cœur.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
p) Hypertension.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
q) Arthrite.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
r) Maladies du rein.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
s) Traumatisme cranien.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
t) Fracture(s) d'un ou plusieurs membres.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
u) Cancer, leucémie, tumeurs.	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
v) Ulcère d'estomac.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
w) Colite ulcéreuse.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
x) Maladie de Crohn.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
y) Handicap physique..... (préciser : _____)	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
z) Déficience mentale.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
aa) Dystrophie musculaire.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
bb) Problèmes d'audition.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
cc) Problèmes de vision.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
dd) Troubles de la parole..... (préciser : _____)	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
ee) Autres..... (préciser : _____)	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>

250. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que _____
a eu des marques sur le corps, comme des bleus, après avoir été
battu(e) par un adulte?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 9

☐



251. A-t-(il/elle) subi des blessures qui vous ont obligé(e) d'aller voir un médecin ou d'aller à l'urgence?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 9

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

252. A-t-(il/elle) subi des blessures qui auraient dû être suivies d'une visite chez le médecin ou à l'urgence?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 9

253. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que _____ a été hospitalisé(e) pour l'une ou l'autre des maladies nommées précédemment?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne s'applique pas.. 8
Ne sait pas..... 9

254. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), avez-vous rencontré les professionnel(le)s suivant(e)s pour _____ au sujet de l'une ou l'autre des maladies nommées précédemment?
(Oui = 1 Non = 2 Ne s'applique pas = 8 Ne sait pas = 9)

a) Omnipraticien(ne) / médecin de famille..... 1 2 8 9
b) Pédiatre..... 1 2 8 9
c) Autre médecin spécialiste..... 1 2 8 9
d) Pharmacien(ne)..... 1 2 8 9
e) Dentiste..... 1 2 8 9
f) Optométriste / opticien(ne)..... 1 2 8 9
g) Infirmier(ère)..... 1 2 8 9
h) Physiothérapeute / ergothérapeute..... 1 2 8 9
i) Chiropraticien(ne)..... 1 2 8 9
j) Acupuncteur(trice)..... 1 2 8 9
k) Naturopathe..... 1 2 8 9
l) Homéopathe..... 1 2 8 9
m) Ostéopathe..... 1 2 8 9
n) Autre(s) (préciser: _____) 1 2 8 9

255. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que l'état de santé de _____ a diminué son autonomie dans les tâches quotidiennes?

Beaucoup (besoin d'aide constante pour se laver, s'habiller, se déplacer, etc.)..... 1
Un peu (besoin d'aide pour certaines tâches)... 2
Pas du tout..... 3
Ne sait pas..... 9

256. Depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS), est-ce que l'état de santé physique a limité _____ dans ses jeux avec les autres jeunes de son âge?

Beaucoup (besoin d'aide constante dans ses jeux) 1
 Un peu (besoin d'aide pour certains jeux)..... 2
 Pas du tout..... 3
 Ne sait pas..... 9

N'ECRIVEZ
 RIEN DANS
 LA MARGE

257. Au cours des premières années de sa vie, _____ a-t-(il/elle) présenté un :

A. Retard du langage?

Oui..... 1
 Non..... 2
 Ne sait pas..... 9

B. A quel âge a-t-(il/elle) parlé?

_____ An _____ Mois
 Ne sait pas = 9, 99

C. Retard de la marche?

Oui..... 1
 Non..... 2
 Ne sait pas..... 9

D. A quel âge a-t-(il/elle) marché?

_____ An _____ Mois
 Ne sait pas = 9, 99

E. Retard dans l'entraînement à la propreté?

Oui..... 1
 Non..... 2
 Ne sait pas..... 9

F. A quel âge a-t-(il/elle) été complètement propre?

_____ An _____ Mois
 Ne s'applique pas = 8, 88
 (n'est pas propre)
 Ne sait pas = 9, 99

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DE L'ENFANT-CIBLE

258. Est-ce que _____, au cours de la dernière semaine, a pris l'un ou l'autre ou plusieurs des médicaments suivants (pilules, sirops, onguents)?
 (Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 9)

a) Ritalin ou Cylert ou dextroamphétamine..... 1 2 9
 b) Tranquillisants comme Atarax, Valium..... 1 2 9
 c) Antidépresseurs comme Elavil, Tofranil..... 1 2 9
 d) Anticonvulsivants comme Dilantin, Tégrétol. 1 2 9
 e) Médicaments contre l'asthme comme Ventolin, Béclovent..... 1 2 9
 f) Analgésiques (pilules contre la douleur, comme Aspirin)..... 1 2 9
 g) Remèdes contre la toux ou le rhume..... 1 2 9
 h) Antihistaminiques..... 1 2 9
 i) Antibiotiques..... 1 2 9
 j) Vitamines, minéraux ou autres fortifiants.. 1 2 9
 k) Tout autre médicament..... 1 2 9
 (préciser : _____)



AGE, ETHNIE, SCOLARITE, EMPLOI, REVENU DE LA
MERE OU DE LA FEMME QUI VIT AVEC L'ENFANT

SI LA MERE OU LA FEMME PRESENTE AU FOYER A HABITE AVEC
L'ENFANT DURANT TOUTE LA PERIODE DES DOUZE DERNIERS MOIS,
POSER LES QUESTIONS 259 A 265.
SINON, ALLER A Q. 266, P. 81.

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

259. Quel est votre âge (l'âge de la mère ou de la femme
qui vit avec _____)? AGE :
(Ne s'applique pas = 88, Ne sait pas = 99)

260. Quel est votre lieu de naissance (le lieu de naissance de la mère
ou de la femme qui vit avec _____)?

Canada..... 01
Etats-Unis..... 02
Europe..... 03
Antilles (Haïti, Jamaïque, etc.)..... 04
Amérique du Sud ou Amérique Centrale..... 05
Sud-est asiatique..... 06
Pays arabes ou Moyen-Orient..... 07
(Liban, Iran, etc.)
Chine, Région pacifique..... 08
Inde..... 09
Autre..... 10
Ne s'applique pas..... 88
Ne sait pas..... 99

261. Quel niveau d'étude avez-vous (a-t-elle) complété?

Aucune scolarité ou maternelle..... 00
1 - 3ième année du primaire..... 01
4ième - 6ième (7ième) année du primaire..... 02
Secondaire I - III (8ième - 10ième)..... 03
Secondaire IV - V (11ième - 12ième)..... 04
A complété un DEC, Ecole professionnelle ou l'équivalent 05
A complété un Baccalauréat à l'université..... 06
A complété une Maîtrise ou un Doctorat..... 07
Ne s'applique pas..... 88
Ne sait pas..... 99

262. Avez-vous (a-t-elle) un travail rémunéré?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

263. Quel est votre (son) statut d'activité?

Travail à temps plein..... 01*
Travail à temps partiel..... 02*
Etudiante avec emploi..... 03*
Etudiante sans emploi..... 04
Chômage..... 05
Bien-être social..... 06
Congé de maladie..... 07
Congé de maternité..... 08
A la retraite..... 09
Invalide..... 10
Tient maison..... 11
Ne s'applique pas..... 88
Ne sait pas..... 99

SI REPONSE "*", POSER LA QUESTION 264, P. 81.
SINON, ALLER A Q. 265, P. 81.

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

264. Combien d'heures travaillez-vous (travaille-t-elle)
par semaine?

(Ne s'applique pas = 88, Ne sait pas = 99)

NOMBRE :

265. Quel a été approximativement votre (son) revenu annuel d'emploi
de l'an dernier?

Aucun revenu personnel.....	00
0 \$ - 999 \$.....	01
1 000 \$ - 5 999 \$.....	02
6 000 \$ - 11 999 \$.....	03
12 000 \$ - 19 999 \$.....	04
20 000 \$ - 24 999 \$.....	05
25 000 \$ - 29 999 \$.....	06
30 000 \$ - 39 999 \$.....	07
40 000 \$ - 49 999 \$.....	08
50 000 \$ - 59 999 \$.....	09
60 000 \$ - 69 999 \$.....	10
70 000 \$ et plus	11
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99

AGE, EPIQUE, SCOLARITE, EMPLOI, REVENU
DU PERE OU DE L'HOMME QUI VIT AVEC L'ENFANT

SI LE PERE OU L'HOMME PRESENT AU FOYER A HABITE AVEC
L'ENFANT DURANT TOUTE LA PERIODE DES DOUZE DERNIERS MOIS,
POSER LES QUESTIONS 266 A 272.
SINON, ALLER A Q. 273, P. 82.

266. Quel est votre âge (l'âge du père ou de
l'homme qui vit avec _____)?

(Ne s'applique pas = 88, Ne sait pas = 99)

AGE :

267. Quel est votre lieu de naissance (le lieu de naissance
du père ou de l'homme qui vit avec _____)?

Canada.....	01
Etats-Unis.....	02
Europe.....	03
Antilles (Haïti, Jamaïque, etc.).....	04
Amérique du Sud ou Amérique Centrale.....	05
Sud-est asiatique.....	06
Pays arabes ou Moyen-Orient.....	07
(Liban, Iran, etc.)	
Chine, Région pacifique.....	08
Inde.....	09
Autre.....	10
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99

268. Quel niveau d'étude avez-vous (a-t-il) complété?

Aucune scolarité ou maternelle.....	00
1 - 3ième année du primaire.....	01
4ième - 6ième (7ième) année du primaire.....	02
Secondaire I - III (8ième - 10ième).....	03
Secondaire IV - V (11ième - 12ième).....	04
A complété un DEC, Ecole professionnelle ou l'équivalent	05
A complété un Baccalauréat à l'université.....	06
A complété une Maîtrise ou un Doctorat.....	07
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99



269. Avez-vous (a-t-il) un travail rémunéré?

Oui.....	1
Non.....	2
Ne s'applique pas.....	8
Ne sait pas.....	9

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

270. Quel est votre (son) statut d'activité?

Travail à temps plein.....	01*
Travail à temps partiel.....	02*
Etudiant avec emploi.....	03*
Etudiant sans emploi.....	04
Chômage.....	05
Bien-être social.....	06
Congé de maladie.....	07
A la retraite.....	08
Invalide.....	09
Tient maison.....	10
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99

SI REPONSE "*", POSER LA QUESTION 271.
SINON, ALLER A Q. 272.

271. Combien d'heures travaillez-vous (travaille-t-il)
par semaine?NOMBRE :

(Ne s'applique pas = 88, Ne sait pas = 99)

272. Quel a été approximativement votre (son) revenu d'emploi
de l'an dernier?

Aucun revenu personnel.....	00
0 \$ - 999 \$.....	01
1 000 \$ - 5 999 \$.....	02
6 000 \$ - 11 999 \$.....	03
12 000 \$ - 19 999 \$.....	04
20 000 \$ - 24 999 \$.....	05
25 000 \$ - 29 999 \$.....	06
30 000 \$ - 39 999 \$.....	07
40 000 \$ - 49 999 \$.....	08
50 000 \$ - 59 999 \$.....	09
60 000 \$ - 69 999 \$.....	10
70 000 \$ et plus.....	11
Ne s'applique pas.....	88
Ne sait pas.....	99

REVENU FAMILIAL273. Quel a été approximativement le revenu familial annuel
de l'an dernier? (inclure pension alimentaire, allocations
familiales, etc.)

0 \$ - 999 \$.....	01
1 000 \$ - 5 999 \$.....	02
6 000 \$ - 11 999 \$.....	03
12 000 \$ - 19 999 \$.....	04
20 000 \$ - 24 999 \$.....	05
25 000 \$ - 29 999 \$.....	06
30 000 \$ - 39 999 \$.....	07
40 000 \$ - 49 999 \$.....	08
50 000 \$ - 59 999 \$.....	09
60 000 \$ - 69 999 \$.....	10
70 000 \$ et plus.....	11
Ne sait pas.....	99

LANGUE

274. a) Quelle est la langue parlée le plus souvent à la maison?

Le français.....	01
L'anglais.....	02
L'italien.....	03
L'espagnol.....	04
Le portugais.....	05
Le créole.....	06
Le vietnamien.....	07
L'arabe.....	08
Le grec.....	09
Le chinois.....	10
Autre.....	11
Ne sait pas.....	99

b) Quelle est la langue maternelle de _____ ?

Le français.....	01
L'anglais.....	02
L'italien.....	03
L'espagnol.....	04
Le portugais.....	05
Le créole.....	06
Le vietnamien.....	07
L'arabe.....	08
Le grec.....	09
Le chinois.....	10
Autre.....	11
Ne sait pas.....	99

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

SUPPORT SOCIAL

275. Y a-t-il d'autres adultes que vous qui s'impliquent avec _____, l'écoute, le(la) réconforte, lui montre de la tendresse, de l'amitié?

	CONJOINT(E) AU FOYER	AUTRE(S) PERSONNE(S)
La plupart du temps.....	1	1
Souvent.....	2	2
Quelquefois.....	3	3
Jamais.....	4	4
Ne s'applique pas.....	8	8
Ne sait pas.....	9	9

276. Y a-t-il d'autres adultes que vous qui aident _____, qui lui rendent service ou lui donnent de l'information (ex : l'accompagner à ses activités, l'aider à faire ses devoirs, le(la) surveiller en votre absence, réparer ses jouets, etc.)?

	CONJOINT(E) AU FOYER	AUTRE(S) PERSONNE(S)
La plupart du temps.....	1	1
Souvent.....	2	2
Quelquefois.....	3	3
Jamais.....	4	4
Ne s'applique pas.....	8	8
Ne sait pas.....	9	9



277. A part vous, y a-t-il d'autres adultes qui expriment leur opinion, leur accord ou leur désaccord à _____ ?

	CONJOINT(E) AU FOYER	AUTRE(S) PERSONNE(S)
La plupart du temps.....	1	1
Souvent.....	2	2
Quelquefois.....	3	3
Jamais.....	4	4
Ne s'applique pas.....	8	8
Ne sait pas.....	9	9

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

NOTER LA DUREE DE L'ENTREVUE SUR LA PAGE COUVERTURE ET
ALLER AU QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRE PARENT (QAAP)

RELATION PARENT-ENFANT

Les questions suivantes portent sur la relation que vous avez eue avec l'enfant questionné(e) dans cette étude, au cours des six derniers mois. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, chaque famille a ses propres valeurs concernant l'éducation des enfants.

Pour chacune des questions de cette partie, indiquer un X dans la case correspondant à votre réponse. **NOTER UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE.**

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

	La plu- part du temps 1	Souvent 2	Quelque- fois 3	Jamais 4	
1. Faites-vous des activités ensemble (ex. jeux, sports, sorties, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parlez-vous ensemble de ses activités, ses ami(e)s, ses résultats scolaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que vous l'embrassez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le(la) punissez-vous en le (la) privant de ce qu'il(elle) aime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lui faites-vous des compliments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'envoyez-vous au lit plus tôt que d'habitude, pour le(la) punir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous l'impression de le(la) traiter comme un bébé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que vous lui dites que les autres jeunes sont bien mieux que lui(elle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lui défendez-vous de jouer avec les autres jeunes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Y a-t-il des périodes où vous êtes toujours sur son dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Allez-vous fouiller dans ses affaires personnelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Est-ce que vous le(la) consolez quand il(elle) a de la peine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. S'il se passe quelque chose d'important pour lui(elle) ou que quelque chose ne va pas, en parlez-vous ensemble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous du plaisir ensemble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous arrive-t-il de crier après lui(elle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	La plu- part du temps	Souvent	Quelque- fois	Jamais	N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
	1	2	3	4	
16. Est-ce que vous l'aidez lors- qu'il(elle) a de la difficulté à accomplir une tâche (ex. pour faire ses devoirs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vous arrive-t-il de le (la) menacer de le(la) frapper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'envoyez-vous dans sa chambre pour le(la) punir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vous arrive-t-il de lui dire: "Je ne veux plus rien savoir de toi", quand il(elle) fait quelque chose qui n'est pas correct?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vous arrive-t-il de le(la) frapper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. De façon générale, trouvez-vous que la relation avec l'enfant est :

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Très difficile | <input type="checkbox"/> |
| 2. Difficile | <input type="checkbox"/> |
| 3. Plutôt difficile | <input type="checkbox"/> |
| 4. Plutôt facile | <input type="checkbox"/> |
| 5. Facile | <input type="checkbox"/> |
| 6. Très facile | <input type="checkbox"/> |

Les questions suivantes correspondent-elles à votre façon d'agir
avec l'enfant au cours des six derniers mois?

Pour chacune de ces questions, indiquer un X dans la case
correspondant à votre réponse. **NOTER UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE.**

	Tout le temps, quels que soient ses choix	La plupart du temps, avec cer- taines limites	Quelquefois	Jamais	
	1	2	3	4	
<u>Est-ce que vous lui permettez de:</u>					
22. Choisir sa coupe de cheveux ou la façon de se coiffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Choisir ses vêtements de la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Choisir les vêtements achetés pour (lui/elle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que vous lui permettez de :	La plu- part du temps 1	Souvent 2	Quelque- fois 3	Jamais 4	N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
25. Préparer un plat simple (ex. sandwiches, céréales, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Voyager seul(e) ou avec des jeunes de son âge en autobus (excluant l'auto- bus scolaire) ou en métro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Faire des courses (ex. à l'épicerie ou à un autre magasin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Choisir ses ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Se rendre pendant la journée, accompagné(e) d'un adulte, à des activités supervisées par un adulte (ex. dans un centre sportif, suivre un cours, chez un(e) ami(e), etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Se rendre pendant la journée, seul(e) ou avec des ami(e)s de son âge, à des activités supervisées par un adulte (ex. dans un centre sportif, suivre un cours, chez un(e) ami(e))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Se rendre pendant la journée, accompagné(e) d'un adulte, à des activités non super- visées par un adulte (ex. cinéma, parc, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se rendre pendant la journée, seul(e) ou avec des amis de son âge, à des activités non supervisées par un adulte (ex. cinéma, parc, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Travailler pour se faire de l'argent de poche (ex. porter des commandes, passer les journaux, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR LES ENFANTS DE 6-11 ANS SEULEMENT

	La plu- part du temps 1	Souvent 2	Quelque- fois 3	Jamais 4	
Est-ce vous qui :					
34. L'habillez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Lui donnez son bain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANTÉN'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

Les questions suivantes portent sur votre santé au cours de toute votre vie.

Pour chacune des questions de cette partie, indiquer un X dans la case correspondant à votre réponse, sauf lorsqu'on vous demande d'écrire un nombre.

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 36. Vous êtes-vous déjà considéré(e) comme une personne nerveuse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Avez-vous eu une crise ou une attaque durant laquelle vous vous êtes senti(e) subitement effrayé(e), anxieux(se) ou très mal à l'aise, dans des situations où la plupart des gens ne seraient pas effrayés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON A LA QUESTION 37,
ALLER A LA QUESTION 47, P. 7

38. Au cours de la crise ou de l'attaque la plus sévère durant laquelle vous vous êtes senti(e) effrayé(e), anxieux(se) ou mal à l'aise, avez-vous ressenti l'un des problèmes suivants?

AU COURS DE CETTE CRISE:

- | | OUI
1 | NON
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Aviez-vous l'impression d'avoir le souffle coupé, du mal à respirer ou à reprendre votre respiration? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Aviez-vous des palpitations ou l'impression que votre cœur battait plus vite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Aviez-vous des vertiges, des étourdissements ou une impression d'instabilité, comme par exemple de ne pas tenir sur vos jambes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Aviez-vous des fourmillements ou des picotements aux mains ou aux pieds? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Aviez-vous mal dans la poitrine ou l'impression d'être oppressé(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Aviez-vous l'impression d'étouffer ou de suffoquer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Aviez-vous l'impression que vous alliez vous évanouir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Aviez-vous des sueurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	OUI 1	NON 2	N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
k) Aviez-vous l'impression que les choses autour de vous étaient irréelles, comme dans un rêve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Aviez-vous peur de mourir ou de devenir fou(folle) et de perdre le contrôle de vous-même?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Avez-vous déjà eu 3 crises de ce genre pendant une période de 3 semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Avez-vous déjà parlé à un médecin de cette(ces) crise(s) de peur ou d'anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Le médecin a-t-il dit que cette(ces) crise(s) étai(en)t due(s) à une maladie physique ou à la consommation de drogue ou d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. En avez-vous déjà parlé à un(e) autre professionnel(le)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Avez-vous déjà pris des médicaments plus d'une fois à cause de cette(ces) crise(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Est-ce que cette(ces) crise(s) de peur ou d'anxiété vous a (ont) beaucoup gêné(e) dans votre vie ou vos activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Quand avez-vous eu une telle crise pour la dernière fois?			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INDiquer UN X DANS UNE SEULE CASE </div>			
1. Au cours des 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>		
2. Au cours du dernier mois	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>		
4. Au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>		
5. Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		
	OUI 1	NON 2	
46. a) A la suite de cette(ces) crise(s), aviez-vous peur d'aller dans des lieux publics?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cette(ces) crise(s) étai(en)t-elles toujours déclenchée(s) par la peur précise de quelque chose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Après vous avoir interrogé sur des crises de peur brèves, nous voudrions vous poser des questions portant sur de plus longues périodes.

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 47. Avez-vous déjà connu une période d'un mois ou plus, durant laquelle vous vous sentiez, la plupart du temps, inquiet(e) ou anxieux(se) ou effrayé(e) à l'idée que quelque chose de désagréable pouvait arriver à vous-même ou à l'un de vos proches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON,
ALLER A LA QUESTION 52, P. 9

48. Pendant l'une de ces périodes où vous vous sentiez, la plupart du temps, inquiet(e) ou anxieux(se):

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Etiez-vous agité(e) ou aviez-vous toujours besoin d'occuper vos mains? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Etiez-vous très tendu(e), sursautiez-vous à la moindre chose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Aviez-vous du mal à vous détendre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Etiez-vous facilement fatigué(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Etiez-vous facilement effrayé(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Etiez-vous pris(e) de tremblements ou de secousses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Aviez-vous toujours envie de bouger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Aviez-vous les paupières qui battaient? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. Pendant l'une de ces périodes où vous vous sentiez, la plupart du temps, inquiet(e) ou anxieux(se):

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Aviez-vous de la difficulté à dormir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Aviez-vous de la difficulté à vous concentrer sur ce que vous faisiez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Vous sentiez-vous irritable, énervé(e) ou impatient(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. Pendant l'une de ces périodes où vous vous sentiez, la plupart du temps, anxieux(se) ou inquiet(e), aviez-vous, plus que d'habitude, les problèmes suivants :

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

	OUI 1	NON 2	
a) Transpirer beaucoup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le cœur qui battait vite ou des palpitations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les mains froides ou moites?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Des étourdissements ou la tête qui tournait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Des fourmillements ou picotements aux mains ou aux pieds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) La bouche sèche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) La diarrhée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Des maux de ventre très fréquents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Uriner beaucoup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Pâlier ou rougir beaucoup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Le souffle trop rapide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, une période d'un mois ou plus où vous vous sentiez, la plupart du temps, anxieux(se) et où vous aviez certains des problèmes que nous venons de mentionner?

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

1. Au cours des 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	
2. Au cours du dernier mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	
4. Au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	
5. Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	



Certaines personnes ont des phobies, c'est-à-dire une peur si forte de quelque chose ou de certaines situations qu'elles essaient de les éviter, même si elles savent qu'elles ne représentent aucun danger réel.

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

52. Avez-vous déjà eu une peur irraisonnée (c'est-à-dire sans qu'il y ait un danger réel) de quelque chose ou d'une situation, au point de l'éviter, par exemple:

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Une peur irraisonnée des tunnels ou des ponts, au point de les éviter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Une peur irraisonnée d'être dans une foule, au point de l'éviter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Une peur irraisonnée d'être dans un transport public (ex. avion, autobus, ascenseur), au point d'éviter cette situation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Une peur irraisonnée de sortir seul(e) de chez vous, au point d'éviter cela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Une peur irraisonnée d'être seul(e), au point d'éviter cette situation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON A TOUTES CES QUESTIONS (A à E), ALLER A LA QUESTION 54, P. 10

- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 53. a) Avez-vous déjà parlé d'une de ces peurs à un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous déjà parlé d'une de ces peurs à un(e) autre professionnel(le)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous déjà pris des médicaments plus d'une fois à cause d'une de ces peurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Est-ce que l'une de ces peurs vous a beaucoup gêné(e) dans votre vie ou vos activités? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Quand avez-vous eu l'une de ces peurs la dernière fois? | | |

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours du dernier mois | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des 6 derniers mois | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours de la dernière année | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il y a plus d'un an | <input type="checkbox"/> |

54. Avez-vous eu une peur irraisonnée (c'est-à-dire sans qu'il y ait de danger réel) de quelque chose ou d'une situation au point de l'éviter, par exemple :

	OUI 1	NON 2
a) Une peur irraisonnée des hauteurs ou de l'altitude, au point de les éviter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Une peur irraisonnée d'être dans un endroit fermé, au point d'éviter cette situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une peur irraisonnée d'un orage, des éclairs ou du tonnerre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Une peur irraisonnée d'être dans l'eau, par exemple dans une piscine ou dans un lac, au point d'éviter cela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Une peur irraisonnée d'araignées, d'insectes, de souris, de serpents, de chauves-souris, d'oiseaux ou de chats, au point de les éviter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Une peur irraisonnée de la proximité d'un animal inoffensif ou d'un animal dangereux qui ne pouvait pas vous atteindre, au point de l'éviter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Toute autre peur irraisonnée de faire quelque chose ou d'être près de quelque chose, au point d'éviter cette situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON A TOUTES CES QUESTIONS (A à G), ALLER A LA QUESTION 56, P. 11

	OUI 1	NON 2
55. a) Avez-vous déjà parlé d'une de ces peurs à un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà parlé d'une de ces peurs à un(e) autre professionnel(le)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà pris des médicaments plus d'une fois à cause d'une de ces peurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Est-ce que l'une de ces peurs vous a beaucoup gêné(e) dans votre vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

└

└

└

└

└

└

└

└

└

└

└



e) Quand avez-vous eu l'une de ces peurs la dernière fois?

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

1. Au cours des 2 dernières semaines ☐
2. Au cours du dernier mois ☐
3. Au cours des 6 derniers mois ☐
4. Au cours de la dernière année ☐
5. Il y a plus d'un an ☐

56. Avez-vous déjà, dans votre vie, éprouvé le sentiment d'être triste, déprimé(e) ou d'avoir les bleus, ou bien l'impression d'avoir perdu tout intérêt et plaisir pour les choses qui vous intéressaient et vous plaisaient d'habitude?

OUI	NON
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON,
ALLER A LA QUESTION 66, P. 13

57. Cela a-t-il duré pendant une période de deux semaines ou plus?

OUI	NON
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENTION : SI LA REPONSE EST NON,
ALLER A LA QUESTION 66, P. 13

58. a) Au cours de votre vie, combien avez-vous eu de périodes de dépression qui ont duré deux semaines ou plus?

Ecrire le
nombre de
période(s) :

b) En quelle année avez-vous eu la dernière période de deux semaines ou plus durant laquelle vous étiez déprimé(e) ou triste?

Ecrire
l'année :

c) En quelle année avez-vous eu la plus grave (ou la seule) période de deux semaines et plus durant laquelle vous étiez déprimé(e) ou triste?

Ecrire
l'année :

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

59. Pendant cette période la plus grave (ou la seule période) où vous étiez constamment triste ou déprimé(e) pendant au moins deux semaines:

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

	OUI 1	NON 2	
a) Avez-vous perdu l'appétit ou perdu du poids sans avoir cherché à maigrir au point de perdre un kilo (2 livres) par semaine pendant plusieurs semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous mangé nettement plus que d'habitude au point d'engraisser d'un kilo (2 livres) par semaine pendant plusieurs semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous eu, pendant au moins deux semaines, de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ou encore vous réveilliez-vous trop tôt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Aviez-vous toujours sommeil ou dormiez-vous plus que d'habitude pendant au moins deux semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vous êtes-vous senti(e) toujours fatigué(e) pendant au moins deux semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Est-ce que, pendant au moins deux semaines, vous parliez ou bougiez plus lentement que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Est-ce que, pendant au moins deux semaines, vous aviez toujours envie de bouger et étiez incapable de rester en place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Votre intérêt pour votre vie sexuelle était-il beaucoup plus faible que d'habitude et cela pendant au moins deux semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Pendant cette même période où vous avez été constamment triste ou déprimé(e):

	OUI 1	NON 2	
a) Vous êtes-vous senti(e) sans valeur, coupable ou en faute pendant au moins deux semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous eu, pendant au moins deux semaines, beaucoup plus de mal à vous concentrer que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Est-ce que, pendant au moins deux semaines, vos pensées s'emmêlaient ou venaient plus lentement que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	OUI 1	NON 2	N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
d) Est-ce que, pendant au moins deux semaines, vous pensiez souvent à la mort ou souhaitiez mourir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
e) Avez-vous pensé au suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
f) Avez-vous essayé de vous suicider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
61. Avez-vous déjà parlé à un médecin de l'une ou l'autre de ces périodes de dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
62. Avez-vous déjà parlé à un(e) autre professionnel(le) de l'une ou l'autre de ces périodes de dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
63. Avez-vous déjà pris des médicaments plus d'une fois à cause de l'une ou l'autre de ces périodes de dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
64. Est-ce que l'une de ces périodes de dépression vous a beaucoup gêné(e) dans votre vie ou vos activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
65. Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, une telle période de tristesse ou de dépression, et un ou plusieurs des problèmes que nous venons de mentionner?			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">INDIQUER UN X DANS UNE SEULE CASE</div>			
1. Au cours des 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>		[
2. Au cours du dernier mois	<input type="checkbox"/>		
3. Au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>		
4. Au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>		
5. Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		
	OUI 1	NON 2	
66. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un problème de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

67. Y a-t-il quelqu'un de votre famille qui a été hospitalisé pour un problème de santé mentale (exclure l'enfant questionné(e) dans cette étude)?

	OUI 1	NON 2	NE SAIT PAS 9
Un de vos enfants <u>autre</u> <u>que l'enfant questionné(e)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre mère, votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos oncles, tantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos frères, sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos cousin(e)s germain(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

68. Y a-t-il quelqu'un de votre famille qui a déjà tenté de se suicider?

	OUI 1	NON 2	NE SAIT PAS 9
Un de vos enfants <u>autre</u> <u>que l'enfant questionné(e)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre mère, votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos oncles, tantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos frères, sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos cousin(e)s germain(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Y a-t-il quelqu'un de votre famille qui s'est suicidé?

	OUI 1	NON 2	NE SAIT PAS 9
Un de vos enfants <u>autre</u> <u>que l'enfant questionné(e)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre mère, votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos oncles, tantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos frères, sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un(e) de vos cousin(e)s germain(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Au cours des six derniers mois, avez-vous consulté un(e) psychiatre, un(e) psychologue ou un(e) travailleur(se) social(e) pour des problèmes de santé mentale d'un de vos enfants autre que l'enfant questionné(e)?

OUI 1	NON 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Pouvez-vous indiquer si les énoncés suivants correspondent à votre attitude :

	VRAI 1	FAUX 2
a) Je trouve quelquefois difficile de continuer à travailler si on ne m'encourage pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Je sens quelquefois de la tristesse et de la rancœur quand je ne peux pas faire les choses à ma façon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	VRAI 1	FAUX 2	N'ECRIVEZ RIEN DANS LA MARGE
c) Il m'est déjà arrivé de décider de ne pas faire quelque chose, parce que je n'avais pas confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
d) Il m'est déjà arrivé de me sentir révolté(e) contre des personnes en autorité, bien que je sache qu'elles avaient raison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
e) J'écoute toujours très bien, peu importe la personne qui me parle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
f) Il m'est déjà arrivé de profiter de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
g) Je suis toujours prêt(e) à reconnaître mes erreurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
h) Je cherche parfois à me venger plutôt que de pardonner et d'oublier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
i) Je suis toujours poli(e) même avec les gens désagréables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
j) Je ne suis jamais contrarié(e) lorsque les gens expriment des opinions très différentes des miennes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
k) Il m'est arrivé d'être vraiment jaloux(se) de la chance des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
l) Je suis parfois agacé(e) par les gens qui me demandent des services.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]
m) Je n'ai jamais fait exprès de dire quelque chose de blessant à quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]

EVENEMENTS DE VIE

72. Voici une liste d'événements de la vie. Lire attentivement chacun d'eux. Si vous avez vécu l'événement au cours des six derniers mois, pouvez-vous indiquer dans quelle mesure cela vous a bouleversé(e), dérangé(e) ou affecté(e). Si l'événement ne s'est pas produit au cours des six derniers mois, indiquer un X dans la case numéro 5. **NOTER UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE.**

	L'EVENEMENT A ETE :				
	Extrême- ment boule- versant	Assez boule- versant	Peu boule- versant	Pas du tout boule- versant	Evéne- ment pas vécu
	1	2	3	4	5
a) Déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maladie ou accident qui a nécessité votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Maladie ou accident de votre conjoint(e) qui a nécessité une hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

- | | OUI
1 | NON
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| h) Vous blesser ou blesser quelqu'un dans une bataille ou une chicane alors que vous aviez trop bu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Etre hospitalisé(e) ou devoir suivre une cure de désintoxication à cause de vos problèmes d'alcool. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
77. Vous est-il arrivé de prendre des médicaments sans prescription ou au-delà de la dose prescrite PLUS DE CINQ FOIS DANS VOTRE VIE?
- | | OUI
1 | NON
2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
78. Avez-vous déjà pris de la drogue PLUS DE CINQ FOIS DANS VOTRE VIE?
- | | OUI
1 | NON
2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Marijuana, hashish, pot, grass | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Autres drogues comme de la cocaïne, de l'héroïne, des champignons, de la mescaline, du cristal, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SI VOUS HABITEZ AVEC UN(E) CONJOINT(E) DEPUIS
DOUZE MOIS ET PLUS, COMPLETER CETTE PARTIE.
SINON, ALLER AU FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT,
Q. 93, P. 27.

RELATION DE COUPLE

Les questions suivantes concernent votre relation avec votre conjoint(e) au cours des six derniers mois.

Pour chacune des questions, indiquer un X dans la case correspondant à votre réponse.

79. Indiquez dans quelle mesure vous et votre conjoint(e) êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants.

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

- a) Le budget familial :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Toujours en accord | <input type="checkbox"/> |
| 2. Presque toujours en accord | <input type="checkbox"/> |
| 3. Parfois en désaccord | <input type="checkbox"/> |
| 4. Souvent en désaccord | <input type="checkbox"/> |
| 5. Presque toujours en désaccord | <input type="checkbox"/> |
| 6. Toujours en désaccord | <input type="checkbox"/> |

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

b) Les divertissements :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

┌

c) Les questions religieuses :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

┌

d) Les démonstrations d'affection :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

┌

e) Les amis :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

┌



INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ÉCRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

f) Les relations sexuelles :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

g) Les conventions sociales (se comporter de façon
correcte et appropriée) :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

h) La façon de voir la vie :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

i) Les relations avec les parents et beaux-parents :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

j) Les buts, les objectifs et les choses importantes :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

k) La quantité de temps passé ensemble :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

l) Les décisions importantes :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

m) Les tâches domestiques :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐



INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ÉCRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

n) Les intérêts et les activités pendant les
périodes de loisir :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

o) Les décisions concernant le travail (métier/
profession/carrière) :

1. Toujours en accord ☐
2. Presque toujours en accord ☐
3. Parfois en désaccord ☐
4. Souvent en désaccord ☐
5. Presque toujours en désaccord ☐
6. Toujours en désaccord ☐

80. Vous est-il arrivé d'envisager un divorce, une
séparation ou de mettre fin à la relation?

1. Toujours ☐
2. La plupart du temps ☐
3. Plus souvent qu'autrement ☐
4. Occasionnellement ☐
5. Rarement ☐
6. Jamais ☐

81. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre conjoint(e),
de quitter la maison après une chicane de ménage?

1. Toujours ☐
2. La plupart du temps ☐
3. Plus souvent qu'autrement ☐
4. Occasionnellement ☐
5. Rarement ☐
6. Jamais ☐

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

82. De façon générale, est-ce que vous pensez que les choses vont bien entre vous et votre conjoint(e)?

- 1. Toujours ☐
- 2. La plupart du temps ☐
- 3. Plus souvent qu'autrement ☐
- 4. Occasionnellement ☐
- 5. Rarement ☐
- 6. Jamais ☐

83. Vous confiez-vous à votre conjoint(e)?

- 1. Toujours ☐
- 2. La plupart du temps ☐
- 3. Plus souvent qu'autrement ☐
- 4. Occasionnellement ☐
- 5. Rarement ☐
- 6. Jamais ☐

84. Vous est-il arrivé de regretter de vous être marié(e) ou de vivre avec votre conjoint(e)?

- 1. Toujours ☐
- 2. La plupart du temps ☐
- 3. Plus souvent qu'autrement ☐
- 4. Occasionnellement ☐
- 5. Rarement ☐
- 6. Jamais ☐

85. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre conjoint(e)?

- 1. Toujours ☐
- 2. La plupart du temps ☐
- 3. Plus souvent qu'autrement ☐
- 4. Occasionnellement ☐
- 5. Rarement ☐
- 6. Jamais ☐



INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

86. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre conjoint(e), de vous taper sur les nerfs?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Toujours | <input type="checkbox"/> |
| 2. La plupart du temps | <input type="checkbox"/> |
| 3. Plus souvent qu'autrement | <input type="checkbox"/> |
| 4. Occasionnellement | <input type="checkbox"/> |
| 5. Rarement | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jamais | <input type="checkbox"/> |

- | | Tous les
jours
1 | Presque
chaque
jour
2 | Occa-
sionnel-
lement
3 | Rare-
ment
4 | Jamais
5 | |
|--|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 87. Embrassez-vous votre conjoint(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. Faites-vous des activités ensemble à l'extérieur de la maison? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

89. Combien de fois les événements suivants se sont-ils produits au cours des six derniers mois?

- | | Plus
d'une
fois
par
jour
1 | Une
fois
par
jour
2 | Une ou
2 fois
par
semaine
3 | Une ou
2 fois
par
mois
4 | Moins
d'une
fois
par
mois
5 | Jamais
6 | |
|---|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Avoir un échange d'idées intéressant entre vous deux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Rire ensemble | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Discuter calmement de quelque chose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Travailler ensemble | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

90. Les situations suivantes ont-elles provoqué des différences d'opinions ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines?

- | | OUI
1 | NON
2 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Etre trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ne pas démontrer d'affection. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

91. Pouvez-vous indiquer par une des réponses suivantes, dans quelle mesure vous et votre conjoint(e) êtes heureux dans votre couple.

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

1. Extrêmement malheureux
2. Assez malheureux
3. Un peu malheureux
4. Heureux
5. Très heureux
6. Extrêmement heureux

☐☐☐☐☐☐

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

┌

92. Lire chacune des phrases suivantes et choisir celle qui décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation de couple?

INDIQUER UN X DANS
UNE SEULE CASE

1. Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour que ça arrive.
2. Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise.
3. Je désire beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour que cela se réalise.
4. Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver.
5. Ce serait bien si cela réussissait, mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation.
6. Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir.

☐☐☐☐☐☐

┌



21. Depuis que _____ fréquente l'école, a-t-(il/elle) reçu de l'aide d'un(e) psychologue ou d'un(e) travailleur(se) social(e) de l'école pour des problèmes émotionnels, comme se sentir très triste ou nerveux(se), ou encore pour des problèmes de comportement tels que des difficultés dans ses relations avec les adultes ou les jeunes de son âge?

Oui..... 1
Non..... 2
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

SI NON OU 9, ALLER A Q. 22, P. 11

SI OUI :

- A. Quand a-t-(il/elle) reçu une telle aide pour la dernière fois?

Au cours du dernier mois..... 1
Il y a plus d'un mois, mais
moins de six mois..... 2
Il y a plus de six mois, mais
moins d'un an..... 3
Il y a plus d'un an..... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

- B. Comment avez-vous trouvé le(s) service(s) reçu(s)?
Diriez-vous :

Très satisfaisant(s)..... 1
Passablement satisfaisant(s)..... 2
Passablement insatisfaisant(s)... 3
Très insatisfaisant(s)..... 4
Ne s'applique pas..... 8
Ne sait pas..... 9

RELATIONS SOCIALES

Les questions suivantes portent sur les relations de _____ avec les autres.

22. Quels sont les organisations, groupes ou équipes dont _____ fait partie? (Maximum 3)

Aucun 0
a) _____ 1
b) _____ 2
c) _____ 3
Ne sait pas 9

SI AUCUN OU 9, ALLER A Q. 24, P. 12

23. Combien de fois a-t-(il/elle) participé aux activités de ce(s) groupe(s) depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS)?
(Ne s'applique pas = 8, Ne sait pas = 9)

	2 fois par se- maine ou plus	1 fois par se- maine	2 ou 3 fois par mois	1 fois par mois ou moins		
a) _____	1	2	3	4	8	9
b) _____	1	2	3	4	8	9
c) _____	1	2	3	4	8	9

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

24. Combien _____ a-t-(il/elle) d'ami(e)s proches?
(Exclure les frères et sœurs)

N'ECRIVEZ
RIEN DANS
LA MARGE

Aucun..... 0
Un..... 1
2 ou 3..... 2
4 et plus..... 3
Ne sait pas..... 9

SI AUCUN OU 9, ALLER A Q. 26

25. Combien de fois _____ a-t-(il/elle) fait une
activité avec son (ses) ami(e)(s) au cours de la dernière
semaine?
(Ne s'applique pas = 8, Ne sait pas = 9)

Tous les jours	4 ou 5 fois	2 ou 3 fois	1 fois	Pas du tout		
1	2	3	4	5	8	9

EVENEMENTS DE VIE

La partie suivante porte sur les événements que _____ pourrait
avoir vécus depuis (NOMMER L'EVENEMENT D'IL Y A SIX MOIS).

26. Est-ce que _____ a vécu l'un ou l'autre des événements
suivants?
(Oui = 1, Non = 2, Ne sait pas = 9)

- | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------|
| a) Déménagement..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| b) Maladie ou accident ayant nécessité l'hospitalisa-
tion de _____..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| c) Maladie ou accident du père ou de la mère ayant
nécessité une hospitalisation..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| d) Maladie ou accident d'un frère ou d'une sœur ayant
nécessité une hospitalisation..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| e) Mort d'un animal important pour _____..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| f) Perte d'emploi d'un des parents..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| g) Problèmes d'argent des parents..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| h) Décès d'une personne de la famille (grand-parent,
tante, oncle, conjoint(e) d'un des parents autre
que le père ou la mère, etc.)..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| i) Décès d'un(e) ami(e) proche de _____..... | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |
| j) _____ a été victime d'une agression physique par
d'autres jeunes de moins de 15 ans (battu(e), attaque
au couteau, etc.) | 1 | 2 | 9 | <input type="checkbox"/> |